Stanford University Library
MAY
25
1905

Mehrere Fälle von chirurgischer Lues.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Rosenberger,
approb. Arzt aus Würzburg.

Kiel 1904.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Mehrere Fälle von chirurgischer Lues.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Rosenberger,
approb. Arzt aus Würzburg.

Kiel 1904.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 14.

Rektoratsjahr 1904/1905.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Meinem Vater

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0123

Die Syphilis ist eine Erkrankung, die seit ihrem Bekanntwerden sich so ausgedehnt hat, daß kein Teil der Erde von ihr verschont geblieben ist. Daß sie diese gewaltige Verbreitung finden konnte, hat seinen Grund, neben der Schwierigkeit der Überwachung der Prostitution, hauptsächlich in zwei Punkten.

Wir wissen, daß die Syphilis eine Infektionskrankheit ist. Die Ansteckung erfolgt durch direkte Berührung von Person zu Person oder durch indirekten Kontakt, d. h. ein die Übertragung des Giftes — Virus — vermittelndes und von einer bereits infizierten Person herstammendes festes oder flüssiges Etwas kommt mit einer zweiten gesunden Person in Berührung. Unumgänglich notwendig zum Zustandekommen der Infektion ist, daß eine kleine oder kleinste Verletzung, kurz eine Kontinuitätstrennung der Haut des zu infizierenden Individuums vorhanden ist, die dem Virus als Eingangspforte dient und ihm das Eintreten in das Blut ermöglicht. Wir kennen also die Art und Weise des Zustandekommens der Infektion, aber den eigentlichen Erreger der Syphilis kennen wir nicht.

Die bakteriologische Forschung hat sich mit einem außerordentlich großen Aufwand von Arbeitskraft an dieses schwierige Problem der Ätiologie der Syphilis gewagt, ohne daß es ihr gelungen wäre, dasselbe zu lösen. Noch immer ist der Erreger dieser Volkskrankheit, die im Verein mit Tuberkulose und Carcinom eine der schrecklichsten Geißeln

der Menschheit bildet, nicht erkannt und damit ein erfolgreicher Kampf gegen seine Verbreitung nicht möglich. Es sind eine Reihe von Mikroorganismen als die Erreger der Syphilis angeschuldigt worden, ohne daß es gelungen wäre, den strikten Nachweis hierfür zu erbringen.

Ein zweiter Grund für die enorme Ausbreitung der Syphilis ist der, daß dem mit ihr behafteten Individuum ein gewisser moralischer Makel zur Last gelegt wird, daß also die Syphilis nicht als eine Erkrankung angesehen wird, wie jede andere. Es ist da nicht zu verwundern, daß in vielen Fällen der Syphilitische sich scheut, die Hilfe des Arztes in Anspruch zu nehmen, aus Angst, der wahre Charakter seiner Erkrankung könne ruchbar werden und er in den Augen einer großen Zahl seiner Mitmenschen als an seiner Ehre gebrandmarkt erscheinen. Ist es da nicht begreiflich, daß ein solch Unglücklicher lieber die Folgen seiner Erkrankung so lange als möglich erträgt, ohne etwas gegen dieselbe zu unternehmen, oder sich in die Arme gewissenloser Menschen begibt, die ihn für schweres Geld „brieflich, diskret, ohne Störung des Berufes“ behandeln, anstatt in einem Krankenhause auf der „Abteilung für Syphilis“ Heilung zu suchen? Aus Furcht vielleicht seine Stellung zu verlieren, sich seine Angehörigen durch seine vermeintliche Schuld und Schande zu entfremden, ladet der Unglückliche eine wahre große Schuld auf sich, indem er dieselben der großen Gefahr einer Ansteckung aussetzt. Diese sind dann angesteckt wiederum, ohne eine Ahnung von dem wahren Charakter ihrer Erkrankung zu haben, schuldlos die Quelle für weitere Ausbreitung derselben. Solange also der Syphilis in den Augen einer großen Anzahl der Menschheit dieser Schandfleck aufgedrückt bleibt, so lange der Syphilitische nicht betrachtet wird als ein unglücklicher Kranker wie jeder andere auch, werden alle noch so strengen Maßnahmen und Gesetze nicht imstande sein können, diese furchtbare Erkrankung in ihrer Ausbreitung einzuschränken.

Die Syphilis ist eine Erkrankung, die in vielen Fällen vollkommen heilbar ist. Das größte Kontigent der an Syphilis im Tertiärstadium Erkrankten, und um die handelt es sich in dieser Arbeit, stellen die Fälle, in denen gar keine oder nur eine mangelhafte antisyphilitische Behandlung durchgeführt wurde.

Die verschiedensten Krankheitsformen können sich im Verlaufe der Syphilis entwickeln, zunächst der äußeren Haut, der Schleimhäute, der Fascien, des Periosts, der Knochen und Knorpel, der Muskulatur, der parenchymatösen Organe, des Nervensystems und der Sinnesorgane. Kurz, es gibt kein Organ im menschlichen Organismus, das nicht gelegentlich einmal von der Syphilis ergriffen werden könnte.

Perioden der Latenz von Monaten und Jahren, in denen der Kranke sich vollkommen wohl fühlt, und in denen auch keinerlei Erscheinungen von Syphilis nachzuweisen sind, so daß der Kranke der Hoffnung lebt, vollständig geheilt zu sein, wechseln mit Recidivperioden von unbestimmter Dauer und Zahl, durch Jahrzehnte, durch das ganze Leben hindurch. Dadurch, daß die Syphilis kein Alter verschont und mitunter keine für sie charakteristischen Symptome bietet, ist es von selbst klar, daß ihre Diagnose auf erhebliche Schwierigkeiten stößt. Besonders ist dies der Fall, wenn die Anamnese im Stiche läßt; sei es, daß die betreffenden Personen aus Schamgefühl, Unkenntnis und Vergeßlichkeit eine luetische Infektion leugnen, sei es, daß sie annehmen, das vorhandene Leiden könne nicht mehr die Folge der früheren Ansteckung sein, da ja seit jener sich keine Erscheinungen mehr bemerkbar machten, und sie es infolgedessen nicht für nötig erachten, dem Arzte hiervon Mitteilung zu machen. Um so eher werden sie dies unterlassen, wenn sie in der Lage sind, ein bestimmtes Trauma als äußere Ursache für ihr Leiden angeben zu können.

Fehlen nun in solchen Fällen alle klinischen Erscheinungen, wie Drüsenschwellungen, Narben an den

Genitalien, Leukoderma, das Kaposi und andere Autoren nicht als charakteristisches und diagnostisches Merkmal oder spezifisches Produkt der Syphilis ansehen, sondern nur als eine zufällige Folgeerscheinung der durch die Syphilis gesetzten örtlichen Infiltration, so ist es nicht wunderbar, wenn das Urteil des Arztes ein falsches wird. Auch Schwellungen der Inguinal-, Kubital-, Submaxillar- und Occipitaldrüsen haben einen sehr geringen diagnostischen Wert, da indolente, regionäre und allgemeine Drüsenschwellungen unter den verschiedensten Ursachen und Dyskrasien vorkommen können. Sie sind auch deswegen von geringem diagnostischem Wert, weil sie, obwohl eine syphilitische Infektion stattgefunden hat, mit dem Schwinden der anderen Erscheinungen ebenfalls schwinden können. Immerhin mögen Drüsenintumescenzen ein unterstützendes Moment für die Diagnose fraglicher Krankheitserscheinungen sein, aber ihr Fehlen ist noch durchaus kein Gegenbeweis.

Mit die größten Schwierigkeiten in der Diagnose bieten dem Arzt diejenigen Fälle von Spätsyphilis, welche in Geschwulstform auftreten, oder in denen Knochen und Gelenke befallen werden. Erst nachdem das Leiden allen möglichen Behandlungsmethoden trotzte, führt ein glücklicher Zufall oder ein letzter Versuch einer antisyphilitischen Kur zur richtigen Erkenntnis des vorhandenen Leidens.

Aber auch in den Fällen, in welchen eine frühere Infektion seitens der Patienten zugestanden wird, oder bei denen der Arzt selbst Verdacht schöpft, ist die Diagnose noch nicht sicher zu stellen, weil eventuell eine antisyphilitische Behandlung im Stiche läßt. Mitunter wird man auch einen etwaigen Erfolg einer solchen Kur garnicht abwarten, aus Furcht, die für eine Operation günstige Zeit versäumen zu können.

Da bei diesen Fällen oft erst ein mitunter lebensgefährlicher und womöglich verstümmelnder chirurgischer Eingriff mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung

Klarheit über das Wesen der Erkrankung schafft, wodurch wieder der Eingriff als falsch, zum mindesten als unnötig, erkannt wird, so hat man diese Fälle mit dem Namen „chirurgische Lues“ bezeichnet.

Es ist ein nicht zu unterschätzendes Verdienst von Esmarchs, des Altmeisters in der Chirurgie, durch Veröffentlichung höchst lehrreicher Fälle auf die große Gefahr der Fehldiagnose, besonders auf die Verwechslung auf luetischer Basis beruhender Geschwülste mit bösartigen Tumoren hingewiesen und dadurch beigetragen zu haben, unnötige, den Patienten in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkende und mitunter lebensgefährliche Operationen zu verhüten.

Eine Reihe solcher falsch oder gar nicht diagnostizierter Fälle aus der Kieler chirurgischen Klinik hatte Herr Geheimrat Helferich die Liebenswürdigkeit, mir zur Veröffentlichung zu übergeben. Diese Klinik bezieht ihr Krankenmaterial aus Holstein, wo noch zu Beginn des vorigen Jahrhunderts der Morbus Dithmarsicus endemisch herrschte, an dem ganze Dörfer litten. Es handelte sich um nichts anderes, als um eine Form inveterierter Syphilis.

Dieselbe soll durch Kavallerie, die im Jahre 1762 in Süderdithmarschen wegen eines zwischen Dänemark und Rußland zu befürchtenden Krieges eingerückt war, eingeschleppt worden, dann aber wieder verschwunden sein. Sie machte sich erst wieder in bedenklichem Maße bemerkbar bei der Eindeichung des Kronprinzen-Koogs (1785—1787). Die dabei beschäftigten Arbeiter sollen die Syphilis von neuem eingeschleppt haben. Ein großer Teil derselben war vorher bei der Ausgrabung des schleswig-holsteinischen Kanals tätig gewesen und schon hier hatte sich eine ungewöhnliche Verbreitung der Syphilis unter der Arbeiterschaft bemerkbar gemacht. Da der Morbus Dithmarsicus sich über ganz Holstein verbreitete, sah sich die Kieler medizinische Fakultät im Jahre 1802 veranlaßt, die Einwohner Dithmarschens auf die starke Ansteckungsfähigkeit dieser Krankheit auf-

merksam zu machen und schilderte dieselbe wie eine syphilitische Erkrankung. Als dann die Krankheit mit rein antisyphilitischen Mitteln bekämpft wurde, ging die Ausbreitung rapid zurück (Hübener, Döhrn, Michaelsen).

Daß in den Kliniken Kiels mehr Fälle von Syphilis, besonders auch tardive Formen, zur Beobachtung kommen, als vielleicht in den Kliniken anderer Universitäten, ist nicht weiter verwunderlich. Die seemännische Bevölkerung Holsteins, und das ist ein großer Teil, wird zum Dienst in der Marine herangezogen und ist dann im Auslande mehr, denn die Einwohner anderer Landstriche Deutschlands, der Gefahr einer luetischen Infektion ausgesetzt. Ferner kommt die Nähe Hamburgs und der Verkehr nach den skandinavischen Ländern in Betracht.

Ich lasse zunächst zwei bereits von Meyer veröffentlichte Krankengeschichten folgen, welche die Schwierigkeit, die richtige Diagnose bei einem Syphilom der Leber zu stellen, vortrefflich beleuchten. In beiden Fällen ergab weder die Anamnese noch die klinische Untersuchung den geringsten Anhaltspunkt für Lues.

I.

R. G., 49 Jahre alter Schriftsetzer.

Seit einer im Jahre 1871 am rechten Femur wegen einer Nekrose vorgenommenen Operation bestand geringer Grad von Ankylose und geringe Flexionsstellung. Die Krankkeit hatte ohne Fieber begonnen.

Patient wurde am 29. I. 1900 wegen einer Geschwulst in der rechten unteren Bauchgegend in der chirurgischen Klinik zu Kiel aufgenommen, von der er bemerkte, daß sie seit Dezember immer härter wurde. Er verrichtete bis 8 Tage vor seinem Eintritt seine Arbeit ohne wesentliche Beschwerden, außer beim Bücken, zu verspüren.

Der Stuhlgang war stets regelrecht. Der Urin zeigte seit einigen Tagen dunkle Färbung.

Muskulatur und Fettpolster waren mäßig entwickelt. Die äußere Haut, die Schleimhäute und Konjunktiven zeigten leicht gelbliche Verfärbung. Im allgemeinen hatte Patient kachektisches Aussehen. Herz und Lunge waren normal.

Das Abdomen war in der rechten Hälfte vorgewölbt, besonders zwischen Nabel und spina ant. sup. dextra.

Die Perkussion ergab eine in der rechten Abdominalseite bis an die Medianlinie reichende Dämpfung, welche nach unten zu mit einer bogenförmigen, vom Nabel bis zur spina ant. sup. gehenden Linie begrenzt war. Die relative Dämpfung ging oberhalb des Nabels bis ein Querfingerbreit nach links von der Medianlinie. In der Regio epigastrica schnitt die untere Lebergrenze die Medianlinie 2 Querfingerbreit unterhalb des Schwertfortsatzes.

Die Palpation ergab einen glattwandigen, rundlichen Tumor von geringer Druckempfindlichkeit, der von der Leber nicht abgrenzbar war und etwa 10 cm im Durchmesser hatte. Bei tiefer Respiration folgte Leber wie Tumor den Bewegungen des Zwerchfells.

Aufblasen des Darms verschob den Tumor etwas nach rechts, jedoch ohne eine Zone tympanitischen Schalls zwischen Leber und Tumor entstehen zu lassen. Man sah den Dickdarm medial vom Tumor sich aufblähen, unterhalb desselben war das Coecum deutlich zu erkennen. Bei starker Perkussion erwies sich der Schall über der Geschwulst als tympanitisch. Demnach schien ein Teil des fast vollständig nach innen gedrängten Dickdarms noch hinter dem Tumor zu liegen. Derselbe konnte ohne Schwierigkeit nach links in die Mittellinie verschoben werden, wobei dann rechts vom Tumor bei der Perkussion in der Tiefe tympanitischer Schall zu erhalten war.

Eiweiß, Zucker, Gallenfarbstoff oder zellige Elemente waren im Urin nicht nachzuweisen, nur harnsaures Natron und einige Oxalate.

Unter Chloroformnarkose zeigte sich nach Erschlaffung der Bauchdecken, daß der Tumor mit der Leber zusammenhing. Da über die Natur desselben kein Aufschluß zu erhalten war, wurde nur die Diagnose Lebertumor gestellt und am 2. II. zur Operation geschritten.

Schnitt 10 cm lang in der Mamillarlinie über die Höhe der Geschwulst. Nach Eröffnung des Bauchfells sah man den mit dem Netz verwachsenen Tumor, während die Umgebung ebenfalls entzündliche Verwachsungen zeigte. Nach Abtragung des Netzes präsentierte sich der Tumor als ein ungewöhnlicher Leberlappen. Die stark gelappte Leber war entzündlich mit der Umgebung verwachsen. Man sah ödematöses Echinokokkenblasen vortäuschendes Fibrin. Der den Tumor bildende Leberlappen war von Kindskopfgröße und durch eine narbige Furche von der übrigen Leber getrennt. Die Gallenblase lag im Winkel zwischen dem vergrößerten rechten und dem linken Leberlappen, von Netz umgeben. Am Tumor selbst hing ein etwa kibitzeigroßes Leberläppchen, welches entfernt wurde.

Das Colon ascendens lag unter der Leber und das Colon transversum legte sich median der Leber an, war also beim Aufblasen aufgebläht worden.

Wenn auch der Verdacht auf Syphilis der Leber sehr wohl durch den Befund während der Operation begründet war, so wurde doch bei vollständigem Fehlen aller sonstigen luetischen Erscheinungen, der Tumor eingestellt, weil ein maligner Tumor nicht ausgeschlossen war.

Die Peritonalwunde wurde verengert, die Ränder des Restes derselben mit dem Leberüberzuge vernäht. Dann wurde ein komprimierender Verband angelegt.

Die Temperatur betrug am Abend nach der Operation 38,0° C, der mittelkräftige Puls betrug 92 Schläge in der Minute. Es bestand wenig Aufstoßen und geringer Wundschmerz. Erbrechen stellte sich nicht ein, erst Abends 9 h trat dasselbe plötzlich in sehr heftigem Maße auf und um

11 h starb der Patient unter Erstickungserscheinungen. Alle Versuche, die Atmung frei zu bekommen, waren erfolglos.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab eine starke interstitielle Hepatitis mit frischen kleinzelligen, umschriebenen Herden, die als Gummata gedeutet wurden. Außer der gummösen Erkrankung der Leber bestanden noch ausgedehnte Verwachsungen des Zwerchfells mit dem rechten Leberlappen. Der linke Leberlappen zeigte starke Lappung.

Außerdem wurden noch eine chronische Meningitis, starker Hydrocephalus und kleine Blutungen im Ependym des rechten Hinterhorns festgestellt. Der Kehlkopfeingang, der weiche Gaumen und die Uvula erwiesen sich stark ödematös. Außerdem bestanden noch eine chronische Pneumonie und frische Infiltrate beider Lungen.

An der Mitralis war eine frische Endokarditis zu erkennen. Das Herz zeigte Sehnenflecke und mäßige Hypertrophie des linken Ventrikels. Der Arcus aorticus befand sich im Zustande chronischer Endarteritis, am Hoden waren Schwielen und Gummata zu sehen.

II.

L. J., 30 Jahre alte Maurersfrau.

Seit etwa 2 Jahren verspürte Patientin wiederholt plötzlich auftretende Schmerzen von stechendem Charakter in der rechten Abdominalgegend, welche bei ruhiger Lage sehr rasch aufhörten, aber bei Bewegungen nach kurzer Pause sich wieder einstellten. Wegen dieser Beschwerden lag Patientin in den letzten 2 Jahren 3 mal längere Zeit zu Bett, das erstemal etwa 3 Wochen lang, das letztemal kurz vor ihrem Eintritt in die chirurgische Klinik zu Kiel am 19. VIII. 02.

Auch nach der Aufnahme in die Klinik, wo Patientin im allgemeinen frei von Schmerzen war, bekam sie stechende Schmerzen bei plötzlichen Körperdrehungen, bei tiefen Atemzügen und Hustenstößen, auch vermochte sie nicht

auf der rechten Körperseite zu liegen. Beim Auftreten dieser Schmerzen fühlte sich Patientin ebenfalls sonst nicht ganz wohl, sie klagte über Übelkeit, Magen- und Kopfschmerzen. Erbrechen bestand jedoch nicht. Stuhlgang, der früher stets in Ordnung war, stellte sich in den letzten Jahren nur nach Gebrauch von Karlsbader Salz ein. Beim Wasserlassen, das ohnehin etwas schwer vor sich ging, verspürte Patientin ebenfalls Schmerzen in der rechten Bauchgegend. Patientin war seit 10 Jahren verheiratet und hatte 2 Kinder. Seit der letzten Geburt waren die Menses nicht normal, sie dauerten 3 Wochen, die Pause nur eine Woche. Seit einem Jahre soll die Menstruation wieder ihren normalen Verlauf genommen haben. Vor 6 Jahren will Patientin an Bleichsucht gelitten haben, sonst will sie stets gesund gewesen sein. Ikterus hat nie bestanden.

Die Frau war von gutem Ernährungszustand und kräftigem Körperbau. Die Schleimhäute zeigten normale Rötung. Die Zunge war nicht belegt. Herz und Lunge hatten regelrechten Befund. Die Leberdämpfung reichte rechts bis zum unteren Rippenrand. Der linke Leberlappen war nicht vergrößert. Bei Druck auf das Abdomen unterhalb des Rippenrandes stellten sich heftige stechende Schmerzen ein, am stärksten etwas nach einwärts vom Rippenrande bis zur Mittellinie hin. Die Schmerzen strahlten angeblich oft nach hinten bis zur Wirbelsäule. In der linken unteren Hälfte des Abdomens bestand nirgends Druckempfindlichkeit.

Das Abdomen war weich und ergab überall tympanitischen Schall. Beim Palpieren in die Tiefe fühlte man im rechten Hypochondrium die Leber den Rippenrand etwas überragen. In der Gegend der Gallenblase war keine deutliche Resistenz zu fühlen, in der Tiefe ließ sich bimanuell der untere Nierenpol, der die XII. Rippe etwas überragte, abtasten. Die Niere selbst erschien nicht vergrößert und nicht druckempfindlich. Das Aufblähen des Magens ver-

ursachte der Patientin starke Schmerzen. Die große Kurvatur reichte 3—4 Querfinger unterhalb des Nabels, die kleine stand etwas oberhalb desselben.

Der Pylorus schien in der Gegend der Gallenblase fixiert zu sein; hier stellten sich auch beim Aufblähen die stärksten Schmerzen ein.

Die vaginale Untersuchung ergab nichts Besonderes.

Der Urin reagierte alkalisch, Eiweiß und Zucker waren nicht nachzuweisen; er war etwas trüb und zeigte einen weißen Bodensatz, der sich jedoch größtenteils, abgesehen von einer minimalen Trübung, in Säuren löste. Mikroskopisch waren reichlich amorphe Karbonate und Phosphate, sowie einige Sargdeckelkrystalle nachzuweisen.

Am 22. VIII. wurde die Operation in Chloroformnarkose vorgenommen. In der Linea alba wurde vom proc. xiphoid. bis zum Nabel ein Schnitt angelegt. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigte sich der linke Leberlappen etwas vergrößert. Von der kleinen Kurvatur des Magens zog sich zum Leberrand von der Anheftungsstelle der Gallenblase eine bandförmige Adhäsion hinüber, die doppelt ligiert und durchtrennt wurde. In der mäßig gefüllten Gallenblase waren keine Gallensteine zu fühlen. Am unteren Rande derselben konnte in der Leber eine Verdickung von sehr derber Consistenz wahrgenommen werden. Es wurde nun zwischen mittlerem und unterem Drittel der Wunde eine quere bis zur Axillarlinie nach rechts reichende Incision gemacht, wodurch das Gebiet der Gallenblase freigelegt wurde. Der Pylorus, welcher keine Veränderungen zeigte, stand in der Nähe der Gallenblase und war noch durch eine 2. Adhäsion am vorderen Rande der Leber fixiert, die ebenfalls durchtrennt wurde. Als man nun den Pylorus herabzog, sah man unten neben der Gallenblase den Lobulus Spigeli. Das Duodenum, das am unteren Rande der Gallenblase festgewachsen war, wurde losgelöst und auf diese Weise der Lobulus Spigeli medial vom Lig. hepato-

duodenale zu Gesicht gebracht. Der ganze Lappen zeigte blaurote Verfärbung und fühlte sich außerordentlich derb an. Bei bimanueller Palpation vom Foramen Winslowii und von vorne her, zeigte sich der Lappen stark vergrößert, derb, höckerig und weit nach oben reichend, so daß an eine Entfernung der krankhaft veränderten Partien nicht zu denken war. Von der Vorderfläche wurde zu diagnostischen Zwecken ein Stück excidiert und die Glissonsche Kapsel wieder vernäht. Die Wunde wurde darauf geschlossen.

Die Heilung zeigte glatten Verlauf und am 12. IX. konnte Patient mit Leibbinde bereits aufstehen.

Da die mikroskopische Untersuchung des excidierten Leberstückchens die Diagnose: Gumma hepatis ergab, wurde sofort eine antiluetische Kur eingeleitet mit dem Erfolge, daß die Leberdämpfung zu regelrechten Grenzen zurückkehrte, also jedenfalls das Syphilom zum Schwund gebracht wurde. Die Schmerzen hörten auf, nur bei tiefer Atmung stellten sich in der Lebergegend kurz dauernde Schmerzen ein.

Wenn es auch kein Organ im menschlichen Körper gibt, das von der Syphilis verschont bliebe, so werden doch gewisse Organe unstreitig von ihr bevorzugt.

Kommt es in einem Falle zu einer Erkrankung von Eingeweideorganen infolge von Syphilis (viscerale Syphilis), so ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die Leber mit ergriffen. Doch auch allein kann die Leber erkranken und zwar lassen sich dann zwei Hauptformen unterscheiden:

1) die diffuse interstitielle syphilitische Leberentzündung und
2) die circumskripte Lebersyphilis oder die Syphilombildung der Leber.

Diese beiden Formen gehen gewöhnlich gleichzeitig einher.

Den Chirurgen interessiert insbesondere die zweite Form, weil sie durch ihre Begleiterscheinungen leicht die

Veranlassung zur Annahme einer bösartigen Neubildung geben und dadurch einen das Leben des Patienten gefährdenden Eingriff bedingen kann.

Was die Lage der Syphilome in der Leber anlangt, so können dieselben überall in ihr vorkommen, wenn sie auch hauptsächlich an der Oberfläche in der Umgebung der Bänder, namentlich zu beiden Seiten des Lig. suspensorium und auch unter diesem, sowie im Glissonschen Kapselgewebe an der Leberpforte und längs der großen Pfortaderäste ihren Sitz haben.

Von den Lappen soll der linke Leberlappen der bevorzugte sein. Im Allgemeinen ist das Vorkommen von Syphilomen an Konvexität und Konkavität der Leber ungefähr gleich.

Von den Fällen, die ich in der Literatur fand, gehörte die größere Anzahl der Tumoren dem rechten Leberlappen an, (Cumston [a], Froehlich, Helferich [a], Hochenegg, Legueu [a u. b], Lilienthal, Roberts, Spencer [a], Trinkler, Wegner [a]). (Anm.)

Dem linken Leberlappen gehörten die Tumoren in den Fällen von Cumston [b], Naumann, Mikulicz, Przewalski, Schmidt und Wegner [b] an.

Von der unteren Fläche der Leber gingen die Syphilome aus bei Bastianelli, Cumston [c] und Wagner. Vom Lob. Spigeli bei Helferich [b] und Lauenstein. Bei Thompson saß der Tumor zwischen rechtem und linkem Leberlappen unterhalb des Lig. suspensorium, bei Abbe waren die Syphilome über die ganze Oberfläche der Leber zerstreut. Bei einer Reihe von Fällen fehlen nähere Angaben.

Die Syphilome zeigen eine große Neigung zu schwieliger Umwandlung besonders an ihrem Rande, wo sich eine

Anm. Die eingeklammerten Buchstaben beziehen sich auf die einzelnen Fälle der Autoren.

derbe fibröse Kapsel bildet. Von da strahlen bindegewebige Züge und Platten in das umgebende Leberparenchym aus und lassen durch narbige Schrumpfung tiefe Furchen und Einziehungen entstehen, zwischen denen das eingeschlossene Lebergewebe wulstig und höckerig hervortritt. (Hepar lobatum). Sind diese narbigen Stränge sehr ausgebreitet, so kann es zu regelrechten Abschnürungen großer Partien kommen. Der auf diese Weise abgeschnürte Lappen hängt dann frei herab und kann dann je nach seiner Größe und Beweglichkeit eine Schnürleber vortäuschen und die erheblichsten Beschwerden hervorrufen, er kann auch rein mechanisch durch sein Gewicht das Zustandekommen von Ascites und Ikterus bedingen.

Von manchen Autoren wird Ascites als ständiges Symptom der gummösen Lebersyphilis angegeben. Doch scheint das nicht allzu häufig zu sein. In den Fällen von Spencer [b], und Wagner bestand starker Ascites; in ersterem Falle wurde mehrmals aspiriert, jedoch sammelte sich die Flüssigkeit stets sehr rasch wieder an. Bei dem 1. Falle von Cumston war geringer Ascites vorhanden, im 2. Falle wurde während der Operation etwas ascitische Flüssigkeit entleert. Diese Fälle waren mit Ausnahme von dem von Wagner auch mit Ikterus kombiniert.

Ikterus bestand außerdem in den Fällen von Helferich [a], Legueu [a], Przewalski und Spencer [c]. Bei einigen Fällen wird das stete Fehlen eines solchen eigens erwähnt. Wo er vorhanden ist, erreicht er im allgemeinen keinen sehr hohen Grad. Er entsteht entweder durch Kompression größerer Gallenwege oder durch Perihepatitis. Bei diesen Ursachen ist er gewöhnlich von nicht langer Dauer. Ist er jedoch durch eine gleichzeitig bestehende interstitielle Hepatitis bedingt, so wird er zum mindesten sehr lange währen, wenn nicht permanent sein.

Die Form der einzelnen Gummiknoten ist rund, von annähernder Kugelgestalt. Wenn dieselben nicht in der

Tiefe ihren Sitz haben, so erheben sie sich mehr oder weniger über die Oberfläche. Sie können auch an der Peripherie ausgezackt sein durch die bindegewebigen Züge, welche von ihr ausstrahlen.

Die Größe der Lebersyphilome schwankt. Es sind solche von Hirsekorn- bis Hühnereigröße und darüber beschrieben worden. Sie können einzeln oder in größerer Anzahl vorkommen. Es sind bis 50, in wenigen Fällen noch mehr vorgefunden worden.

In einem Falle bestand der linke Leberlappen aus einer Anzahl von mandel- bis walnußgroßen Tumoren. In einem 2. Falle war nur ein Syphilom von Apfelsinengröße vorhanden. Mikulicz entfernte einen faustgroßen Tumor vom linken Leberlappen. Bastianellis Syphilom war 2 faustgroß und hatte ein Gewicht von 750 g. Schmidts Tumor war kleinfaustgroß, 8 cm lang, 6 cm breit und 4,5 cm dick. Wagners Tumor war 3 faustgroß und betrug dem Gewichte nach etwa $^3/_5$ des ganzen Organes, der von Hochenegg war rund und hatte 8 cm im Diameter.

Die Konsistenz der Tumoren wird als hart und derb, bezeichnet, so in den Fällen von Cumston [a], Helferich [b], Legueu [a], Schmidt, Spencer [a u. c], Thompson, Tricomi und Ullmann. Im Fall von Lilienthal war die Geschwulst im Zentrum teigig, bei Przewalski „weich, von halbflüssiger Konsistenz".

Was die Oberfläche des Tumors anlangt, so war sie in 2 Fällen (Legueu [b] und Tricomi) regelmäßig und glatt, im Hochenegg'schen Falle ziemlich glatt, weil von einer dünnen Schicht Leberparenchyms bedeckt. In Schmidts Falle war die Oberfläche des Tumors mit etwas eingezogenen weißlichen Flecken bedeckt. In der größeren Anzahl der übrigen Fälle war sie unregelmäßig knotig und höckerig (Cumston [a u. c], Helferich [b], Lucas, Schmidt, Spencer [a], Thompson, Ullmann, Wagner).

Über die Farbe der Tumoren findet man ganz verschiedene Angaben. Sie wird als düster rot (Hochenegg), blaurot (Helferich), dunkelblau (Przewalski), graublau (Wagner), hellgelb (Cumston) [a], gelblich-weiß (Froehlich), weißlich punktiert (Schmidt), weißlich getrübt und vertieft (Ullmann) bezeichnet.

Die Beweglichkeit der Tumoren hängt wesentlich davon ab, daß zwei oder mehrere tiefe Einschnürungen nebeneinander vorhanden sind, man kann dann von einem gestielten Teil sprechen, der eine Partie der Leber oder den Tumor selbst darstellt. Daß diese Form gar nicht so selten ist, beweisen die Fälle von Cumston [c], Lauenstein, Legueu [b], Naumann, Schmidt, Tricomi und Wagner. In 2 Fällen war ein zungenartiger Fortsatz vorhanden, in dem einen erstreckte er sich beinahe bis zur Crista ilei (Roberts), im zweiten in der Richtung der Niere (Trinkler).

Durch Kompression des Colon bei gestielten Tumoren können Darmerscheinungen hervorgerufen werden, welche die Diagnose irrezuführen geeignet sind.

Die Beweglichkeit der Tumoren kann eine sehr hochgradige sein, wie in dem Falle von Wagner, bei dem sich die Geschwulst im ganzen Bauche herumschieben ließ, sie ist aber natürlich je nach dem Sitze und der Form des Tumors eine sehr verschiedene. Gewöhnlich ist sie nach links und rechts, sowie nach hinten vorhanden, in wenigen Fällen auch nach oben. Ganz selten, wie in den Fällen von Cumston [c] und Thompson läßt sich der Tumor nach unten drängen.

Lauenstein weist darauf hin, daß in Fällen von großen beweglichen Lappen der Leber an eine syphilitische Erkrankung derselben gedacht werden muß.

Je mehr Adhäsionen zwischen dem Tumor und der Umgebung vorhanden sind, desto geringer wird die Beweglichkeit sein müssen, vorausgesetzt natürlich, daß die umgebenden Organe in ihrer Lage ziemlich fixiert sind, so

war der Tumor bei Wagner sehr beweglich, obwohl Adhäsionen mit dem Dickdarm bestanden. Allzu häufig scheinen letztere nicht zu sein. In 2 Fällen von Cumston waren Adhäsionen mit dem Peritoneum vorhanden. In dem 1. Falle von Spencer bestanden dreifingerdicke fibrinöse Verwachsungen zwischen Tumor und Bauchwand. Bei Froehlich mit dem Rectusmuskel, bei Helferich im 1. Falle mit Netz und Umgebung, im 2. Falle mit kleiner Kurvatur und Pylorus, sowie zwischen Gallenblase und Duodeum, bei Wagner mit Dickdarm, ebenso bei Tricomi mit „Gedärmen". Oft ist auch die Leber in größerer oder geringerer Ausdehnung mit dem Zwerchfell verwachsen.

Die Patienten beobachten gewöhnlich seit längerer Zeit ja mehreren Jahren das langsame Wachsen der Geschwulst ohne ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, teils weil ihnen der Tumor keine Beschwerden macht, teils weil die Schmerzen falsch lokalisiert werden. Nicht selten bestehen überhaupt nie Beschwerden oder es wird nur über Druck und Schwere in der Lebergegend geklagt. Die Schmerzen werden hauptsächlich im rechten Hypochondrium angegeben und strahlen mitunter gegen Rücken und Schulter aus. Wo starke Schmerzen vorhanden sind, treten sie gewöhnlich in Perioden von einigen Tagen bis mehreren Monaten auf, während die Patienten sich in der Zwischenzeit vollkommen wohl fühlen, oder sie treten bei gewissen Körperstellungen (Bücken), plötzlichen ruckartigen Bewegungen, bei Hustenstößen und tiefer Respiration auf. Mitunter klagen die Patienten, daß die Schmerzen sich abends steigern. In den Fällen, wo eine adhäsive Perihepatitis vorhanden ist, werden die Schmerzen bis zur Unerträglichkeit gesteigert sein können.

„Da zu einer Zeit, in der die Patienten das Vollerwerden im oberen Teile des Abdomens bereits bemerken, gewöhnlich noch keine Beschwerden vorhanden sind, so scheinen die Schmerzen erst dann aufzutreten, wenn die gummösen Leberpartien sich abzuschnüren und gleich der

Wanderniere die für wandernde Organe in der Bauchhöhle charakteristischen Symptome hervorrufen.“ (Kehr).

Appetitlosigkeit scheint ziemlich konstant zu sein, außerdem häufige Übelkeit und Erbrechen. In manchen Fällen besteht Verstopfung, der Kot enthält blutige Beimengungen. Die Verstopfung macht gewöhnlich im weiteren Verlaufe heftigen Diarrhoen Platz. Mitunter sind auch Beschwerden beim Urinlassen, Schwindelanfälle, Kopf- und Magenschmerzen vorhanden.

Auch Erhöhungen der Körpertemperatur und Nachtschweiße wurden beobachtet, die an eine tuberkulöse Erkrankung denken ließen.

Fast stets findet sich hochgradige Schwäche, Abmagerung und Cachexie. (Im Falle [c] von Cumston kam es innerhalb von 1 1/2 Jahren zu einem Gewichtsverlust von 30 Pfund). Kaposi sagt: „Je mehr Komplikationen (Tuberkulose, Skrophulose, Rachitis, hämorrhagische Diathese) sich zur Syphilis gesellen, je mehr physiologisch für die Ernährung und Blutbereitung wichtige Organe (Leber, Milz, Magen, Darm, Nieren, Mesenterial- und Lymphdrüsen) von letzterer betroffen werden und je länger der syphilitische Prozeß besteht, desto merkbarer entwickelt sich in vielen Fällen der acquirierten und in noch häufigeren der congenitalen Lues, ein Zustand allgemeiner Ernährungsschwäche und Depravation, welche als syphitilische Cachexie bezeichnet wird.“ Am stärksten wird sie sein, wenn noch amyloide Entartung von Organen vorhanden ist.

Perkussorisch ist über dem Tumor und der Leber Dämpfung nachzuweisen, wenn das Syphilom in derselben seinen Sitz hat. Handelt es sich um einen abgeschnürten Lappen, so läßt sich, besonders wenn der Darm aufgebläht wird, nicht selten ein Streifen tympanitischen Schalls zwischen Tumor und Leber nachweisen, dabei wird oft auch der Tumor etwas aus seiner Lage verdrängt, was alles dazu beiträgt zu diagnostischen Irrtümern zu verleiten.

Bei der Untersuchung findet sich gewöhnlich eine Vorwölbung des rechten Hypochondriums und im Epigastrium. Die Anschwellung kann sich weit nach unten bis über den Nabel erstrecken.

Bei tiefen Atemzügen des Patienten läßt sich oft beobachten, daß Leber und Tumor den Respirationsbewegungen folgen. (Bastianelli, Cumston [b], Helferich [a], Hochenegg, Przewalski, Schmidt, Spencer, Thompson, Tricomi). Natürlich ist dies nur möglich, wenn der Tumor selbst in der Leber liegt, oder durch einen kurzen Stiel mit ihr verbunden ist, ferner wenn keine zu starken Adhäsionen vorhanden sind. Sind solche da, so ist leicht einzusehen, daß die Patienten über starke Schmerzen klagen, die durch Zerrung ausgelöst werden.

Palpatorisch läßt sich bei schlaffen Bauchdecken oft Form, Oberfläche und Konsistenz der Geschwulst feststellen, auch der Grad der Beweglichkeit und etwa vorhandene Adhäsionen.

Die Stärke der Druckempfindlichkeit wechselt. In manchen Fällen besteht überhaupt keine, in anderen nur eine geringe, die eventuell nur bei tiefer Palpation sich einstellt, in ganz seltenen Fällen kann dieselbe sehr stark sein (wie in dem Fall von Ullmann).

In einer großen Anzahl der Fälle wird die Geschwulst als der Leber angehörig bezeichnet werden können. Daß dies aber nicht immer möglich ist, beweist ein Fall von Cumston.

Es handelte sich um einen 40jährigen kräftigen Mann, der seit mehreren Monaten über einen in der Intensität wechselnden Schmerz in der Gallenblasengegend klagte und seit dieser Zeit an Ikterus litt. Temperatur und Puls waren normal. In der Gallenblasengegend konnte eine große etwas knotige Masse abgetastet werden. Der Leberrand erstreckte sich etwa 3 Finger breit nach unten vom Rippenrand. Die Diagnose wurde auf Lebertumor oder Erkrankung des Gallenapparates gestellt.

Nach Eröffnung der Bauchdecken kam etwas ascitische Flüssigkeit zum Vorschein. Die Leber war vergrößert, aber in der Gallenblasengegend, wo man den Tumor gefühlt hatte, war nur eine Menge starker Verwachsungen vorhanden. Nachdem diese zerrissen waren, fand man die normale Gallenblase. Es wurde nun die Diagnose Duodenalgeschwür gestellt und wegen der vielen Verwachsungen von weiteren Eingriffen abgesehen. Da der bei der Operation anwesende Hausarzt mitteilte, daß er den Patienten früher an Syphilis behandelt habe, wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet, durch die in 3 Monaten alle Symptome zum Schwinden gebracht wurden, auch der Tumor. Mehr als 2 Jahre nach der Operation war Patient noch vollständig wohl.

Es ist nun klar, daß alle die verschiedenen angeführten Symptome nicht nur bei Lebersyphilis, sondern auch bei anderen Lebererkrankungen vorhanden sein können. Es ist deshalb durch eine möglichst genaue Anamnese und Untersuchung nach Anhaltspunkten für eine früher stattgefundene luetische Infektion zu suchen.

Da oft viele Jahre seit der Ansteckung vergangen sind, bis es zu gummösen Infiltrationen kommt, so erhält man nur in den seltensten Fällen auf Befragen richtige Auskunft. In 4 Fällen von den unten zusammengestellten wurde Syphilis zugestanden, in weiteren 5 Fällen vom Arzt vermutet.

Wird eine syphilitische Infektion zugegeben, sind aber keine luetischen Zeichen nachzuweisen, ist vielmehr nur der krankhafte Prozeß der Leber vorhanden, so läßt sich daraus für die Diagnose garnichts entnehmen. Ist die Leber vergrößert palpabel, fühlt man am Rande Einkerbungen, erscheint die Oberfläche des Tumors knotig, ist womöglich noch Ascites und Ikterus vorhanden, so ist es in hohem Grade wahrscheinlich, daß man es mit einem syphilitischen Prozesse zu tun hat, zumal wenn der Patient einem Alter angehört, in dem das Vorkommen von Carcinom nicht gerade

häufig zu nennen ist. Aber mehr wie eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose läßt sich nicht stellen. In diesem Falle haben dann entweder unverzüglich Quecksilber und Jodkali in ihr Recht zu treten, oder, und das ist das Bessere, man schlägt dem Patienten die Probelaparotomie vor, denn nur sie allein ist im Stande, völlige Klarheit in kurzer Zeit zu bringen.

Daß Syphilome der Leber sich gegen eine spezifische Kur viel hartnäckiger verhalten, als solche an anderen Organen, darauf ist wiederholt hingewiesen worden. So war in 4 von den unten angeführten Fällen eine antisyphilitische Kur eingeleitet worden ohne jeden Erfolg, zweimal sogar je einen Monat.

Lennhoff berichtet über einen Fall, bei dem trotz Schmierkur und Jodkali eine halbkugelige derbe höckerige Geschwulst der Leber allerdings von der Größe einer Apfelsine nicht nur nicht zum Schwund gebracht wurde, sondern das Entstehen einer zweiten Geschwulst nicht einmal aufgehalten wurde. Bei der Autopsie der an Nephritis zugrunde gegangenen Frau wurden die beiden fast kugeligen Tumoren als Syphilome erkannt.

Andererseits wird auch von sehr guten Erfolgen antisypilitischer Kuren berichtet, so veröffentlichte z. B. Leichtenstern einen Fall von einem 48jährigen Manne, bei dem ein großer Tumor der Leber, der von Ascites und hochgradiger Cachexie begleitet war und welcher lange Zeit hindurch für ein Carcinom angesehen worden war, vollständig durch eine Inunktionskur zum Schwund gebracht wurde.

Ziemssen (Wiesbaden) hat ebenfalls ganz ausgedehnte syphilitische Leberschwellungen sich unter energischer spezifischer Kur bedeutend zurückbilden sehen, so bei einem Patienten, dessen Leberschwellung bis zur Symphyse ging. Bei einem anderen reichte sie bis zum Nabel, während sie nach der Kur kaum noch vergrößert war, etwa einen Finger breit. Auf Grund dieser Erfolge rät Z., bevor man sich zu

einem chirurgischen Eingriff entschließt, eine energische spezifische Kur zu versuchen.

Es scheint also mit Rücksicht auf die Hartnäckigkeit der Lebersyphilome nötig zu sein mit höheren Dosen von Jodkali und Quecksilber vorzugehen als gewöhnlich und zwar auf längere Zeit. So ging auch in dem Falle von Trinkler der Tumor durch eine energische und beständige antisyphilitische Behandlung vollständig zurück, wenn auch die Leber etwas vergrößert blieb, nachdem vor der Operation eine 30tägige Kur ohne Erfolg war.

Es ist ein wahres Verhängnis zu nennen, daß gerade in den Fällen, bei denen eine syphilitische Krankengeschichte zu Gebote stand, bei denen der Verdacht auf einen syphilitischen Prozeß der Leber in hohem Grade berechtigt war, sich dieser als ein Trugschluß zeigte, während in den Fällen, in denen die Anamnese garnichts ergab und keine wahrnehmbaren Zeichen von Lues vorhanden waren, bei denen alle möglichen Diagnosen gestellt wurden, die womöglich exstirpierte Geschwulst sich als ein Syphilom herausstellte. Wo die Patienten nur den Belästigungen einer antisyphilitischen Behandlung ausgesetzt waren, war es ja weiter nicht schlimm, aber diese Fehldiagnosen hatten auch zum Teil den Tod der Patienten herbeigeführt.

So berichtet Lennhoff über einen 52jährigen Patienten, der sich mit Syphilis inficiert hatte, die schon mehrfach rezidiviert war. Er hatte seit Jahren eine Lebergeschwulst. Die Leber war hart, an der Oberfläche befanden sich mehrere höckerige, runde Vorwölbungen, die zum Teil in der Mitte eine kleine Delle hatten. Es wurde Syphilis angenommen und deshalb eine antisyphilitische Kur eingeleitet — ohne Erfolg. Als eines Tages ziemlich brüsk palpiert wurde, war ein deutliches Krachen zu hören und zu fühlen. Die vermeintlichen Syphilome stellten sich als ein verkalkter Leberechinokokkus heraus.

In einem 2. Falle handelte es sich um einen 48jährigen Mann. Auch hier war die Leber ziemlich hart und reichte fast bis zum Nabel; an der Oberfläche waren drei unebene leicht höckerige Wülste zu fühlen, von etwas weicherer Konsistenz als in dem vorhergehenden Falle; einer davon hatte eine Delle. Diese Geschwulst bestand seit 3 Jahren und war zuerst Carcinom der Leber angenommen worden. Außer einem Druckgefühl in der Lebergegend hatte Patient keine Klagen. Er hatte sich vor 20 Jahren syphilitisch infiziert und bereits mehrere Recidive durchgemacht. Mit Rücksicht darauf wurde die Diagnose auf Syphilis der Leber gestellt und eine Schmierkur eingeleitet, sowie Jodkali verordnet. Diese Behandlung wurde 6 Wochen durchgeführt, ohne eine Besserung zu erzielen. Es wurde jedoch an der Diagnose festgehalten, da dies bei Syphilomen der Leber nichts Wunderbares war. Bei einer erneuten Untersuchung wurde in der Tiefe eine undeutliche Fluktuation festgestellt und eine sofort vorgenommene Probepunktion ergab wasserhelle Flüssigkeit, in der mikroskopisch eine Scole und mehrere Hacken von Echinokokkus festgestellt werden konnten.

Lennhoff weist mit Bezugnahme auf diese Fälle darauf hin, daß differentialdiagnostisch weder die halbkugelige Form, noch die große Härte für Syphilome charakteristisch sind, und daß auch die öfters als bezeichnend geltende Delle bei Echinokokkus vorkommen kann.

Ein anderer Fall, bei dem die Fehldiagnose dem Patienten das Leben kostete, ist von Puritz berichtet worden.

Es handelte sich um einen 29jährigen Förster, der im Jahre 1885 ein ulcus am Penis acquiriert hatte, das für syphilitisch angesehen wurde. Der Kranke wurde deshalb aus Vorsicht einer antisyphilitischen Kur unterzogen. Sekundärerscheinungen blieben aus. Im Herbst 1889 bemerkte er, daß die rechte Seite des Leibes größer wurde. Die Ärzte, die ihn damals behandelten, überzeugten sich, daß die Vorwölbung der rechten Seite von einer Ver-

größerung der Leber abhänge. Es wurde eine syphilitische Erkrankung angenommen und eine antisyphiltische Kur eingeleitet, jedoch ohne Erfolg. Im Februar 1890 begann der Kranke zu fiebern. Im Mai desselben Jahres wurde die Diagnose auf maligne Neubildung der Leber gestellt. Im August 1890 begab sich der Kranke in die Klinik des Prof. Tschudnowsky nach Petersburg und dort wurde das Vorhandensein von 5 faustgroßen harten Knoten, welche durch die gespannte Bauchdecke durchzufühlen waren, festgestellt. Eine Beziehung zwischen Leber und den Geschwülsten war nicht zu bestimmen. Die Axillar- und Halsdrüsen waren vergrößert und fühlten sich teilweise hart an. Auf Grund dieser Tatsachen und „hauptsächlich auf Grund des unregelmäßigen Fiebers, für dessen Erklärung keine anderen Ursachen vorlagen, wurde die Diagnose auf Sarcom irgend eines Organs der Bauchhöhle, wahrscheinlich der Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen gestellt."

Der Patient starb nach ungefähr 2 Monaten in vollster Erschöpfung. Die Obduktion ergab primäres Sarkom der Leber. Ob der Patient durch eine Operation hätte gerettet werden können, ist fraglich, jedenfalls hätte aber eine Probeincision sofortige Klarheit gebracht.

Langenbuch und Tricomi haben ähnliche Fälle erlebt.

Ist hochgradige Cachexie vorhanden, was nicht so selten vorkommt, wie bereits oben erwähnt wurde, und fehlen jede syphilitischen Erscheinungen, so kann leicht ein Syphilom der Leber für eine maligne Neubildung gehalten werden. Da Krebs und Syphilis häufig zusammentreffen, wird man auch in den Fällen, bei denen zweifellose Syphilissymptome wie Papeln, Hautgummata, Exostosen usw. vorhanden sind, der Tumor aber sehr rasch an Größe zunimmt und der Patient in einem Alter steht, in dem das Vorkommen von Carcinom nichts seltenes ist, gar nicht den

Erfolg einer spezifischen Kur abwarten, sondern zur Explorativlaparotomie schreiten.

Cumston sagt: „Die Schnelligkeit in der Entwicklung der Gummata der Leber ahmt sehr oft ernsten carcinomatösen Krankheiten nach.“

Nunmehr steht fest:

Wir haben keine bestimmten Symptome, aus denen, und keine Untersuchungsmethoden, mit denen wir sicher festsfellen können, ob in dem fraglichen Falle ein Syphilom der Leber vorliegt oder nicht.

Wir können, wenn eine syphilitische Krankengeschichte vorhanden ist, wenn sich luetische Symptome nachweisen lassen, mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß der krankhafte Prozeß syphilitischer Natur ist.

Zeigt die Geschwulst langsames Wachstum, sind die Beschwerden gering und insbesondere, ist keine Abmagerung und Cachexie vorhanden, dann ist die Einleitung einer spezifischen Kur, und zwar Quecksilber und Jodkali zugleich in hohen Dosen geboten.

In allen anderen Fällen ist unbedingt die Probelaparotomie indiciert.

Hat man nun auf Grund einer falschen oder richtigen Diagnose das Abdomen eröffnet und findet nun einen gummösen Prozeß vor, so entsteht die Frage, soll man exstirpieren oder nicht?

Im allgemeinen ist nur ein kleiner Teil der Lebersyphilome zur Operation geeignet:

1) syphilitisch degenerierte gestielte Leberlappen von nicht zu bedeutender Größe,
2) abgekapselte Syphilome.

Die erste Form eignet sich schon deswegen eher zur operativen Entfernung, weil durch eine gute Ligatur um den Stiel die Blutung eine verhältnismäßig geringe bleibt. Letztere lassen sich, wie in dem Falle von Hochenegg, von der sie umgebenden Kapsel herausschälen.

Handelt es sich um ein großes Gumma an einer leicht zugänglichen Stelle am Rande, so wird man mit Rücksicht darauf daß die Gewebe so verändert sein können, daß eine medikamentöse Behandlung erfolglos sein würde, zur Exstirpation berechtigt sein, vorausgesetzt, daß man die Blutung beherrschen kann, d. h. wenn in der Umgebung narbige Einziehungen vorhanden sind, die annehmen lassen, daß durch die vorhandene Gefäßkompression die Blutung nur gering sein wird.

Ein Syphilom, das in der Tiefe der Leber oder an der Unterfläche derselben seinen Sitz hat, wird man nicht entfernen. Sind mehrere Gummata oder starke Verwachsungen vorhanden, welche die Operation bedeutend erschweren, oder gar unmöglich machen können, wird man den Versuch überhaupt nicht wagen.

Ist starker Ascites vorhanden, so ist stets zu berücksichtigen, daß mit der Hinwegnahme des Syphiloms noch nicht die Garantie gegeben ist, daß auch der Ascites schwindet, vielmehr ist anzunehmen, daß der nämliche schrumpfende Prozeß, der das gestielte Gumma erzeugte, auch mit hoher Wahrcheinlichkeit eine Verengerung der Lebervenen zu stande brachte, daß eben die Bindegewebszüge, welche in das Leberparenchym einstrahlen, eine Kompression der Gefäße bewirken, deren Folge eine Stauung und endlich der Ascites ist. Durch eine Exstirpation läßt sich dann in diesen Fällen keine Hilfe schaffen, ebensowenig wie eine Inunktionskur oder Jodkali diese rein mechanische Störung zu beseitigen im Stande sind, da die Narbenzüge durch eine spezifische Kur kaum beeinflußt werden können.

Langenbuch sagt: „Erst die Diagnose, wenn nötig durch Probeincision festgestellt; operieren nur, wo man sofort und in relativ gefahrloser Weise dadurch große Hilfe zu bringen sicher ist, sonst den Bauch wieder schließen und erst eine medikamentöse Schmierkur einleiten. An

Knollenlebern möglichst wenig und an Lappenlebern womöglich garnicht rühren."

Ich lasse 30 Fälle von Syphilom der Leber aus der Literatur nebst den 2 Fällen aus der Kieler chirurgischen Klinik übersichtlich geordnet folgen, bei denen nach einer richtigen oder irrtümlichen Diagnose zur Laparotomie geschritten wurde. In einem Teile wurde während der Operation der richtige Charakter der Geschwulst entdeckt, in einem anderen wurde die richtige Diagnose erst nach der Exstirpation festgestellt. Wo mir die betreffende Literatur nicht zugänglich war, stammen die Angaben von Cumston, Langenbuch und Trinkler.

In 10 Fällen wurde gar keine Diagnose gestellt, 3 mal die Diagnose Lebertumor, 5 mal die Diagnose maligne Neubildung der Leber, je 1 mal Abdominal-, Nierentumor, Neoplasma des Magens, Carcinom des Magens oder Perigastritis, Pylorustumor, Lebertumor oder tiefer hepatischer Abszeß, maligner Tumor der Leber oder Niere oder tuberkulöse Erkrankung, erweiterte cystische Gallenblase, Carcinom oder Tuberkulose des colon transversum, Syphilom oder Echinokokkuscyste der Leber, Syphilom oder Adenom der Leber, Syphilom oder Carcinom der Gallenblase, vielleicht Syphilom oder eiternde Cholecystitis oder Lebererkrankung.

Zusammenstellung der nach einer richtigen ode

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unte	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor di Atembewegun mit?
1.	*Abbe* Dennys' System of Surgery Vol. IV. zitiert nach Cumston	weibl. Person	Vor einigen Monaten Exstirpation von Eitertuben, Genesung schreitet langsam vorwärts			Temperatur nachm. 39°	—
			—	—	Abmagerung, große Schwäche		
2.	*Bastianelli* Policlinico 1895 No. 7. zitiert nach Referat im Zentralblatt f. Chir. 1895 No. 28	Frau, 37 .	früher stets gesund, 5 gesunde Kinder	seit 8 Monat. Schmerzen im Leibe, eigroße Geschwulst in r. Seite des Leibes	sehr anäm.	Puls klein, frequent	beweglic bei Atmung
3.	*Cumston* Archiv f. klin. Chir. Bd. 70 1903	Mann, 41 J.	Vater von 4 Kindern, 2 † während der Geburt, 2 gesund, Syph. 0. keine vergrößerten Lymphdrüsen	3 Mon. vor Beobachtung Schmerz. im r. Hypochondrium und Schulterblatt	10 Pfd. Gewichtsabnahme seit der Erkrankung	Ikterus vorh. Ascites ger. Oedem 0 Meläna 0 Hämatemes. 0	—
4.	*Cumston* ebenda	Mann, 49 J.	3 × Gonorrhoe Syph. verneint	Seit 1½ J. wird oberer Teil d. Abdom. voller. Schmerz 0 Appetitlosigkeit Übelkeit Aufstoßen Respirationsbeschw.	seit 1½ J. 30 Pfd. Gewichtsverlust	Urin Spur v. Eiweiß Nierencyl. 0 Temp. } norm. Puls }	—

falschen Diagnose operierten Syphilome der Leber.

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
ungeheure Hyperplasie der Leber und Milz, Aspiration im Epigastrium und Intercostalraum vorgenommen wegen Verdacht auf hepat. Abszess ergibt keinen abnormen Befund	—	da Punktion keinen Eiter ergab, maligner Lebertumor, vielleicht tief liegender Abszeß	Probelaparotomie: Leber, Milz hypertrophisch, auf Leberoberfläche zahlreiche Geschwülste, welche teilweise über die Oberfläche herausragen u. Krebsinfiltrationen ähnlich sehen, einige kraterähnliche Einziehungen auf Oberfläche, ein Tumor entfernt; kein Eiter	mikrosk. Syphilom Quecksilberkur	vollständige Genesung, Pat. seit mehreren Jahren gesund Gewichtszunahme.
Lebergrenzen normal in r. Seite des Abdomens Tumor, der mit Niere verbunden zu sein scheint, von dreifacher Größe einer Niere	leicht verschieblich	bösartiger Nierentumor in dislocierter Niere	Laparotomie: 2faustgroßer, eiförmiger Tumor durch 3 fingerdicken Stiel mit Leberunterfläche verbunden Exstirpation	Syphilom 750 g schwer	Genesung nach einigen Wochen. Seit 1 Jahr völlig heil.
Rand der Leber erstreckt sich 4 Finger breit nach unten vom Rippenrand u. auch gegen Medianlinie. Abdomen u. Thoraxorgane 0	—	Carcinom der Leber	Probelaparotomie: Leber vergrößert, hart, zahlreiche zähe Adhäsionen der Leber mit Peritoneum parietale; auf vord. Oberfläche der Leber nahe dem Rande 2 walnußgroße Knoten von knotiger Oberfläche und hellgelber Farbe. Nach Schnitt über die Knoten Entleerung käsiger Massen aus 2 tassenartigen Höhlen. Drainage	Syphilom antisyph. Kur	nach 3½ Mon. Gelbsucht verschwund. Leber normal. Größe. Seit 2 Jahren gesund.
Leber reicht 3 Fingerbreit unter den Rippenrand, nach unten 3 Finger breit vom Nabel, undeutliche Masse von unregelmäß. Oberfläche	bewegl. im Querdurchmesser, nicht nach oben u. unten, ger. Druckempfindl.	malign. Lebertumor	Probelaparotomie: nach Trennung der Verwachs. zw. Tumor u. Peritoneum. Exstirpation des von der Unterfläche des linken Leberlappens entspring. apfelsinengroßen Tumors, derselbe hat einen Markstückdicken und 4 cm langen Stiel	mikrosk. Syphilom	

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
5.	*Cumston* ebenda	Frau, 39 J.	3 Frühgeburt. 2 gesunde Kinder, keine vergröß. Lymphdrüsen	dumpfer Schmerz im r. Hypochondr., manchmal Übelkeit	—	Ikterus gering Ascites „ (erst bei Oper. gefunden) Temperatur u. Atmung normal	ja, Leber u. Tumor
6.	*Froehlich* in Humbert Thèse Nancy 1902 zitiert nach Cumston	Mann,	stets gesund Syphilisinfektion ausdrücklich verneint, verheiratet, Vater von 10 Kindern davon 8 lebend	Seit 3 Jahren Vergrößerung im r. Hypochondrium, beim Atmen und Arbeit hinderlich	—	—	nicht beweglich bei Respir.
7.	*Hochenegg* Operation von Albert, Wiener klin. Wochenschrift 1890 Nr. 52.	Frau, 27 J.	Im 1. Lebensjahre variolaähnliches Exanthem mit nachfolgender Hornhauttrübung. 6 normale Schwangerschaften	Seit 1 Jahre heftige Schmerzen in der l. Regio iliaca u. in d. Brust, die im Liegen verschwinden. Seit 6 Monat. entwickelt sich langsam ein eigroßer schmerzloser Tumor, Appetit, Verdauung gut. Die Schmerzen in der r. Regio iliaca werden seit dieser Zeit intensiver	—	Ikterus nie vorhanden	ja
8.	*Lauenstein* Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chir. 19. Congreß 1890	Frau, 40 J.	—	—	—	—	—

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
knotiger Tumor im Epigastrium, welcher beinahe die Mittellinie erreicht und 5 Finger breit vom Sternum nach unten sich erstreckt	nicht beweglich	wahrscheinlich Tumor syphil. Natur od. bösartige Neubild. der Leber	Probelaparotomie: l. Leberlappen bedeckt von Anzahl runder Tumoren bis Walnußgröße, kleines Stück vom Rande entfernt Abdomen geschlossen	mikrosk. Syphilom antisyph. Kur	nach 4 Monaten Tumor verschwunden. Pat. seit 3 Jahren gesund.
eigroßer Tumor in normaler Leberdämpfung palpabel	nicht beweglich, scheint mit Rippe verwachsen zu sein, druckempfindlich	—	Laparotomie: Tumor mit Rektus verwachsen, 8. Rippenknorpel geschwunden, Exstirpation des auf dem mittleren gewölbt. Teile des r. Leberlappens sitzenden Tumors von gelbl.-weißer Farbe u. 6 cm Durchm.	mikrosk. Fibroid oder Syphilom	Genesung, seit 2 Jahren gesund.
Leberdämpfung verbreitert, 5 cm unter dem Rippenrand bis 8 cm vom Nabel faustgroßer, harter Tumor von glatter Oberfläche. Auf der Wand des Abdomens dunkelblauer etwas eingezogener Fleck, dem Centrum der Geschwulst entsprechend	beweglich	Lebertumor	Laparotomie: Tumor am Rand des r. Leberlappens mit schmutzig rotem Leberparenchym bedeckt. Der Tumor wird aus seiner harten Kapsel entfernt, nachdem ein ovales Stück normalen Lebergewebes über demselben mit Thermokauter entfernt worden war. Tumor rund 8 cm im Durchmesser	mikrosk. Syphilom	vollständige Genesung. Schmerz verschwunden. Gewichtszunahme.
—	sehr beweglich	—	Laparotomie: Exstirpation eines großen Tumors hinter der Gallenblase vom Lob. Spigeli ausgehend	Syphilom	Tod am 12. Tage nach Operation an Septicämie.

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
9.	*Legueu* Congrès de Chir. 1901 zitiert nach Cumston	Frau, 38 J.		Seit einigen Wochen heftige beinahe beständige Schmerzen in der r. Seite, die beim Umhergehen stärker werden, kein Erbrechen, Appetit hat abgenommen	bedeutende Abmagerung	Ikterus gering	—
10.	*Legueu* ebenda	Frau, 51 J.	Syph. Infektion ausdrücklich verneint	abdominale Schmerzen. Vor 6 Woch. Schmerzen im r. Hypochondrium. Urinlassen beschwerlich	Kräfteverlust	-	—
11.	*Lilienthal* Annals of Surgery Vol. XXXVI zitiert nach Cumston	Mann, 36 J.	Syphilis zugegeben	Vor 3 Jahren Schmerzen in rechter Seite des Abdomens. Nach einigen Monaten Pause stets Wiederkehr. Schmerzen im r. Hypochondrium lokalisiert bis unter die Rippen, besonders stark bei Bewegungen und tiefer Respiration	—	geringe Temperaturerhöhung	—

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
runder harter Tumor, über und zur recht. Seite des Nabels 12 cm breite Dämpfung	ziemlich beweglich druckempfindlich	Neoplasma des Magens?	Laparotomie: auf vorderem Teil des r. Leberlappens und etwas nach links großer Tumor carcinomähnlich. Exstirpation eines Teils des r. Leberlappens fast bis zum Sulcus transversus und eines kleinen Teils des linken Leberlappens	Syphilom	Genesung.
beide Nieren beweglich, vor der r. Niere in der Gegend der Gallenblase großer, runder, regelmäßiger und glatter Tumor, der durch breiten Stiel mit Leber verbunden zu sein scheint	beweglich gering druckempfindlich	erweiterte cystische Gallenblase	Laparotomie: auf r. Seite des r. Leberlappens gestielter beweglicher Lappen. Auf der unteren Fläche des Lappen 2 dicke fibröse Knoten, carcinomähnlich, doch wegen Syphilisverdacht Exstirpation	Syphilom	Genesung.
bedeutend vergrößerte Leber, deutlich durch straffen Rektusmuskel palpabel	gering druckempfindlich	eiternde Cholecystitis oder Leber-erkrankung, vielleicht Syphilom	Laparotomie: Masse im r. Leberlappen nahe dem Rande, teigig im Centrum, durch Schnitt entleert sich Eiter. Masse mit scharfem Löffel entfernt	eiterndes Syphilom antisyphil. Kur	Genesung gesund seit 1 Jahre 20 Pfd. Gewichtszunahme.

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
12.	*Lucas* The Lancet Dez. 1898 zitiert nach Cumston	weibl. Pers. 21 J.	—	—	—	—	—
13.	*Lucas* ebenda	weibl. Pers. 38 J.	—	Seit 2 Jahren vergrößertes Abdomen	—	—	—
14.	*Mikulicz* zitiert nach Langenbuch DeutscheChirurg. Lief. 45, c. 2. Hälft.	Frau, 29 J.	antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg	schmerzhaft. Tumor seit 6 Monaten	—	—	—
15.	*Naumann* Hygiea June 1901 zitiert nach Cumston	Frau, 39 J.	Syph. Infektion verneint	—	—	—	—
16.	*Parker* The Lancet 1899 zitiert nach Cumston	Mann, 29 J.	—	Schmerzen und Anschwellungen in Gallenblasengeg. Vor 2 Jahren undeutlich lokalisierte Schmerzen im Abdomen. damals keine Schwellung	—	Ikterus nie vorhanden	—
17.	*Przewalski* zitiert bei Trinkler	Mann, 35 J.	früher stets gesund ein 5 j. Kind	Vor 4 Monaten bemerkte Pat. eine schmerzhafte Geschwulst im Epigastrium. Erbrechen, Fieberanfälle	Abmagerung	Ikterus vor 4 Monaten	ja, Leber u. Geschwulst

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
Tumor mit Leber verbunden im Epigastrium	—	—	Probelaparotomie: Tumor erweist sich als Syphilom Schluß der Wunde	Syphilom Jodkali	Genesung.
großer knotiger Tumor bis zum Nabel reichend	—	—	Probelaparotomie: ganze Leber mit Narben bedeckt	Syphilom Jodkali	Besserung.
—	druckempfindlich	Syphilom od. Adenom der Leber	Laparotomie: überfaustgroßer Tumor im l. Leberlappen Entfernung m. scharfem Löffel	mikroskop. Syphilom	Genesung.
Tumor im r. Hypochondrium	höchst beweglich	—	Laparotomie: Tumor im l. sehr beweglichen Leberlappen Exstirpation eines 12 cm langen 8 cm breiten u. 5 cm dicken Leberstückes	mikroskop. Syphilom	Genesung 11 Monate nach Operation Gravidität bei Wohlbefinden.
—	-	—	Probelaparotomie: Tumor mit Leber verbunden. Schnitt durch die vorgewölbte Partie, welche nur einen Teil des Tumors darstellt, welcher sich nach jeder Richtung hin mehrere Centimeter erstreckt u. aus einer grauen zerreißlichen Substanz besteht, einem Fibroid ähnlich.	Syphilom gemischte antisyphilitische Behandlung	Genesung nach 12 Tagen. 4 Monate nach Operation alle Symptome geschwunden
zwischen Mamillarlinie und vom Sternum bis 2 Finger über dem Nabel elastischer Tumor von kugelförmiger Gestalt, nicht schmerzhaft, verdächtiges Geschwür auf der Zunge	—	Syphilom oder Echinokokkus der Leber.	Probelaparotomie: Tumor gehört l. Leberlappen an, r. Leberlappen normale Konsistenz, l. Leberlappen 3mal so groß als normal, dunkelblau, grobhöckerig, mit grobem weißlichen Netz von weicher, halb fluktuierender Konsistenz. Exzision eines Stückes	syphilitische Cirrhose in Form von Hepar lobatum antisyphil. Kur	Genesung Geschwulst hat sich verringert.

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
18.	*Roberts* American. Journ. Med.Science 1894 zitiert nach Cumston	Frau, 28 J.	syph. Krankheitsgesch. antis. Kur 1 Monat ohne Erfolg	—	starke Abmagerung	Puls, Temp., Atm. } norm.	—
19.	*Schmidt* Deutsche medizinische Wochenschrift 1893. Operation von Czerny	weibl. Pers. 27 J.	—	heftige Schmerzen im Abdomen nach Entbindung, 6 Monate später eigroß. Tumor in r. Seite d. Abdomens	große Schwäche in den Gliedern zunehmende Abmagerung	Nachtschweiß Verstopfung blutiger Stuhl, niemals Erbrechen	ja
20.	*Spencer* Clinical Soc. Transactions Vol. XXXII zitiert nach Cumston	Frau, 53 J.	—	Urinlassen schmerzhaft	—	—	bewegt sich nach oben und unten mit
21.	*Spencer* ebenda zitiert nach Cumston	Frau, 33 J.	Angeblich stets gesund	—	zunehmende Schwäche	geringer Ikterus, stark. Ascites, der nach mehrmaliger Punktion rasch wiederkehrt	—

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
Thoraxorgane norm., große platte Masse 7 cm lang 14 cm breit auf r. Seite des Abdomens im Hypochondrium sich in Epigastrium, Nabel- u. Lumbalgegend erstreckend	ziemlich beweglich bei tiefer Palpation schmerzhaft	Lebertumor	Probelaparotomie: Tumor im l. Teil des r. Leberlappens, zungenartiger Leberfortsatz bis zur Crista ilei. Oberfläche granulös. Gallenblase normal.	Syphilom antisyphil. Behandlung	—
harter, derb höckeriger Tumor in Nabelgegend 12 cm lang, 15 cm breit. Bei Aufblähung des Darms über dem Tumor tympanitisch. Schall, derselbe bewegt sich dabei nach der r. Seite	von r. nach l. u. hinten beweglich, besonders leicht in die r. Lumbalgegend	Carcinom oder Tuberkulose des Colon transversum	Laparotomie: Tumor mit l. Leberlappen durch kurzen Stiel verbunden. Auf Oberfläche etwas eingezogene weiße Flecken. Colon transversum normal. Keine Verwachsungen. Exstirpation des 8 cm langen, 6 breiten und 4,5 cm dicken Tumors.	Syphilom	Genesung. Gewichtszunahme um einige Pfund. Abdominalschmerzen und Verstopfung geschwunden.
Tumor im r. Hypochondrium, der sich nahe von der Mittellinie nach außen bis zu einer durch die Spitze der letzten Rippe gezogenen Linie erstreckt. Nach 2 Monaten Beobachtung Vergrößerung des Tumors, derselbe mehr fixiert, hart, knotig	etwas beweglich; starke Kompression verursacht Schmerz und Übelkeit	Nierentumor	Laparotomie: harte, knotige Masse auf dem freien Rand des r. Leberlappens nach hinten bis in die Gegend der Portalfissur sich erstreckend. Leber nicht verändert, kreuzförmiger Schnitt über die Geschwulst, Entleerung von gelbem, halbflüssigen gummösen Material, 3-fingerdicke Verwachsungen zwischen Tumor u. Bauchwand.	Syphilom Jodkali	Heilung der Wunde 7 Wochen nach der Operation.
unterer Leberrand unter dem Rippenrande fühlbar		bösartige Erkrankung	kleiner Einschnitt. Drainage, Abfluß von Flüssigkeit eine Woche lang. Nach 1 Monat digitale Untersuchung. Leber härter als normal, hühnereigroßer, knotig. Tumor am Leberrand	Syphilom Quecksilber u. Jodkali in großen Dosen	baldige Besserung, vollständige Heilung ausgeschlossen wegen Cirrhosis hepatis. Ascites geringen Grades.

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
22.	*Spencer* ebenda zitiert nach Cumston	Frau, mittl. Alters	—	schmerzhaft. Lebertumor	mäßige Abmagerung	Ikterus	—
23.	*Thompson* Annals of Surgery Vol. XXX zitiert nach Cumston	Frau, 30 J.	syphil. Infektion zugegeb.	Seit 3 Jahren Schwindel, Kopfschmerzen, Druck in Herzgegend, Schüttelfröst., Fieber, Erbrechen von Speisen und Galle bald n. d. Mahlzeit, Schwergefühl in Herzgegend und Empfindlichkeit ebenda	stete Abmagerung	—	Tumor etwas bei Atmung beweglich
24.	*Tillmanns* Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 19. Congr. 1890	Frau, 42 J.	syphil. Infektion ausdrücklich verneint. Keine luetischen Erscheinungen		P. ist äußerst heruntergekommen	—	—

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
merklich vergrößerte Leber, über derselben straffer Tumor von der Größe eines Kopfes eines Neugeborenen, die Farbe war bläulich, die Haut darüber war nahe daran nachzugeben.	—	Masse sah wie markschwammiger Krebs aus, doch wurde keine Diagnose gestellt	Einschnitt in den Tumor, Entfernung von gummösem Material	Syphilom Jodkali	vollständige Genesung, gesund seit 10 Jahren.
harte Geschwulst in Pylorusgegend mit knotiger Oberfläche von Apfelsinengröße. Perkussion ergibt halbtympanitischen Schall. Leberdämpfung normal. Abwesenheit von Salzsäure im Magen nach Probemahlzeit.	beweglich von Seite zu Seite und von oben nach unten, druckempfindlich	Pylorustumor?	Probelaparotomie: Lebertumor tangerinapfelsinengroß auf den anstoßenden Teilen von r. u. l. Leberlappen unter dem Ligamentum suspensorium, knotig, sehr hart, nicht gestielt, scheint die Leber nicht zu infiltrieren. Nach Teilung des Ligamentum suspens. Exstirpation.	mikroskop. Syphilom	Genesung erst nach 6 Wochen wegen des zurückgelassenen Stumpfes.
—		Lebersarkom	Laparotomie: Bloßlegung der Leber, Einheilung derselben in die Bauchwunde. Exstirpation eines kleinen Stückes zur mikroskopisch. Untersuchung. Darauf Zerstörung des gänseeigroßen Tumors durch Paquelin	Syphilom Schmierkur, Jodkali	Genesung, seit einem Jahre vollständig gesund.

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
25.	*Tricomi* Policlinico Sez. chir. Nr. 7, zitiert nach Trinkler und Cumston	Frau, 45 J.	Infektion ausdrücklich verneint	Vor 2 Jahren Schmerzen im r. Hypochondrium. Tumor entwickelt sich langsam ohne Verdauungsstörungen hervorzurufen	—	Ikterus nicht vorhanden	Tumor macht Atembewegung mit
26.	*Trinkler* Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin und Chirurgie Bd. 10. Heft 5. 1902	Frau, 28 J.	5 J. verheiratet, Mutter zwei gesunder Kinder, jüngstes 8 Mon. alt und noch an der Brust. Im 4. Monat nach Verheiratung Exanthem auf Brust, Abdomen u. ob. Extremitäten, antis. Behandlung. 1. Kind im 7. Schwangerschaftsmonat totgeboren. Die 2 anderen zeigten bei der Geburt Exanthem, das unter antis. Kur schwand.	Seit 1 Jahre schmerzlose, bei Atmung üb. dem unter. Rippenrande vortretende Geschwulst im r. Hypochondrium. Auf Quecksilberschmierkur und Jod innerliche Geschwulst geschwunden. Inzwischen wurde Pat. schwanger. Nach Entbindung abermals Tumor in Lebergegend, der auf forcierte Quecksilber- u. Jodbehandlung nicht schwand.	Frau von gesundem Eindruck, gutem Ernährungszustand. Fettpolster u. Muskulatur gut entwick.	—	ja, Leber und Tumor
27.	*Ullmann* offiz. Protokoll der k. k. Gesellschaft der Ärzte Wiens. Wiener klinisch. Wochenschrift 1902 Nr. 47	Frau, 49 J.	2 Aborte 4 Totgeburten 3 Kinder leben	Seit 4 Jahren heftige Schmerzen in Lebergegend, welche zeitweise schwinden	—	—	—

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
harter apfelsinengroßer Tumor mit glatter Fläche und mit Leber verbunden, von derselben durch einen Sulcus getrennt	beweglich von links nach rechts.	—	Laparotomie: gestielter Tumor der Leber mit Dünndarm verwachsen. Bei Freilegung der Adhäsionen Zerreißung der Gallenblase. Exstirpation derselben und Ligatur des Ductus cysticus	Syphilom	Tod nach 24 Stunden im Shock.
derbe, fast faustgroße Geschwulst mit glatten, höckerigen Rändern, von ovaler Form, die scheinbar durch breiten Stiel mit Leber verbunden ist. Der rechte untere Rand des Tumors geht in die Nierengegend hinein.	Die Geschwulst, deren unterer glatter Rand mit den Fingern gefaßt werden kann, läßt sich von der Mittellinie abdrängen, wohin sie aber bei Rückenlage wieder zurückkehrt	schwankt zwischen Syphilom, Neubildung und tuberkulöser Affektion der Leber oder dislocierter Niere	Probelaparotomie: der r. Lappen der bedeutend vergrößerten Leber geht in Form einer großen zungenförmigen Verdickung, die um ihre Achse eine Wendung gemacht hat nach unten und in Nierengegend. Über Oberfläche zerstreut zahlreiche stecknadelkopf- bis erbsengroße Syphilome verschiedenster Form und Entwickelung, stellenweise tiefe, sternförmige Narben und Furchen. Im r. Leberlappen die größten Syphilome, teilweise im Stadium der Erweichung. Keine Adhäsionen. Gallenblase normal.	Syphilom antisyphilitische Behandlung	Genesung, seit 2 Jahren gesund. Leber etwas vergrößert. Geschwulst geschwunden.
Unter dem linken Rippenbogen eine mit der Leber zusammenhängende mannsfaustgroße derbe Geschwulst mit unebenener, höckeriger Oberfläche.	stark druckempfindlich	Carcinom der Gallenblase oder Syphilom	Von antisyphil. Kur abgesehen, um die für Operation günstige Zeit nicht zu verpassen. Laparotomie: faustgroßer Lebertumor, Kapsel darüber weißlich getrübt, zeigt Vertiefungen. Etappenweise Resektion.	mikroskop. Syphilom	Genesung.

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
28.	*Wagner* Verhandlg. der deutsch. Gesellschaft f. Chir. 19. Kongr. 1890	Frau, 43 J.	früher angeblich vollkommen gesund	Vor 4 Jahren bemerkte Pat. einen Tumor in der r. ob. Bauchseite, bedeutende lokale Beschwerden	Pat. ist außerordentlich heruntergekommen	starker Ascites, bereits mehrmals punktiert, kein Ödem, kein E. im Urin	—
29.	*Wegner* Referat in Münchner med. Wochenschrift 1903 Nr. 7		keine luetischen Zeichen	—	—	—	—
30.	*Wegner* ebenda	—	keine luetischen Zeichen	Erbrechen	—	—	—

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
großer höckeriger Tumor, der an einem unter dem Rippenbogen oder vielleicht in der Tiefe des Abdomens sich ansetzenden Stiele ganz beweglich herumflottiert. Übrige Organe normal.	Tumor läßt sich im ganzen Abdomen herumschieben	Abdominaltumor	Laparotomie: Abfluß reichlicher Ascitesflüssigkeit, graublauer derber nicht fluktuierender Tumor mit spiegelnder Oberfläche aus halbkugelförmigen größeren und kleineren Höckern bestehend, welche durch tiefe weißlich gefärbte Einbuchtungen von einander getrennt sind. Tumor 3 Mannsfaustgroß an einem morschen, blutreichen, blauroten Stiele, der in die Tiefe nach der Lebergegend führt. Exstirpation nach Ligatur des Stiels. Mehrere Adhäsionen, besonders mit Dickdarm vorhanden	gummös veränderter r. Leberlappen	Tod am nächsten Tage unter plötzlich rasch zunehmender Schwäche u. deutlichem Abnehmen der Herz- u. Gehirntätigkeit infolge von Nachblutung aus dem Stiel.
Geschwulst in rechter Nierengegend.	Tumor beweglich	Carcinoma hepatis	Laparotomie: r. Leberlappen mit Knoten durchsetzt, Schluß d. Bauchwunde	Syphilom Jodkali	Genesung. Geschwulst verschwunden.
Geschwulst im Epigastrium.	—	Carcinoma ventriculi od. Perigastritis	Laparotomie: Magen und Darm ohne Veränderungen, Geschwulst im linken Leberlappen	Syphilom Lues hereditaria wurde nach Operation durch charakter. Augenhintergrund festgestellt. Jodkali	Heilung.

Nummer	Autor	Geschlecht Alter	Anamnese			Unter	
			Syphilitische Infektion zugegeben oder nachweisbar?	Beschwerden	Abmagerung	Ikterus, Ascites, Oedem, Temperatur etc.	macht Tumor die Atembewegung mit?
31.	*Helferich* siehe diese Arbeit	Mann, 49 J.	keine luetischen Zeichen	geringe Beschwerden stärker beim Bücken. Pat. bemerkt seit einem Monat das Entstehen einer Geschwulst in der r. oberen Bauchseite	kachektisches Aussehen	Schleimhäute leicht gelblich verfärbt; kein Fieber	ja
32.	*Helferich* siehe diese Arbeit	Frau, 30 J.	angeblich stets gesund seit 10 Jahren verheiratet 2 Kinder	stechende Schmerzen bei plötzlichen Bewegungen, bei tiefen Atemzügen u. Hustenstößen in der r. Abdominalgegend, dabei Übelkeit, Kopf- und Magenschmerzen. Schmerzen bestehen mit Unterbrechungen seit 2 Jahren	guter Ernährungszustand	Ikterus bestand nie, kein Erbrechen	—

suchung					
Perkussion, Palpation etc.	Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit	Diagnose	Operation	Diagnose nach Operation Nachbehandlung	Erfolg
Abdomen rechts vorgewölbt, glattwandiger, rundlicher, von der Leber nicht abgrenzbarer Tumor von etwa 10 cm Durchmesser	leicht nach links beweglich gering druckempfindlich	Lebertumor	Laparotomie: Leber stark gelappt, der den Tumor bildende r. Leberlappen von Kindskopfgröße durch narbige Furche von übriger Leber getrennt, ein am Tumor hängendes kiebitzeigroßes Läppchen wird entfernt. Adhäsionen zwischen Tumor und Umgebung vorhanden	interstitielle Hepatitis mit umschriebenen Herden, die als Gummata angesehen werden	Exitus am Tage der Operation an Glottisödem.
Leberdämpfung reicht rechts bis zum Rippenrand. Der l. Leberlappen nicht vergrößert. In Gegend der Gallenblase keine deutliche Resistenz. In der Tiefe bimanuell der untere Nierenpol, welcher die XII. Rippe etwas überragt, abzutasten. Das Aufblähen des Magens verursacht starke Schmerzen, die große Curvatur reicht 3—4 Querfinger unterhalb des Nabels, die kleine steht etwas oberhalb desselben. Pylorus scheint in der Gegend d. Gallenblase fixiert	Druck auf Abdomen unterhalb des Rippenrandes verursacht heftige Schmerz.	—	Laparotomie: Linker Leberlappen vergrößert. Adhäsion zwischen kleiner Curvatur des Magens und Leberrand und zwischen Pylorus und Leber. Lobus Spigeli stark vergrößert, derb höckerig. Excision eines Stückes. Schluß der Bauchwunde	Syphilom antisyph. Kur	Genesung.

Ich lasse hier die Krankengeschichten dreier Fälle von Muskelsyphilom folgen, bei denen die Anamnese sowie die klinische Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis ergaben. Der 1. Fall ist insofern auch interessant, als das Syphilom an einer Stelle entstand, an der drei Jahre vor der Operation ein Trauma eingewirkt hatte. Der Fall ist bereits von Neubelt veröffentlicht.

I.

W. S., Arbeiter. Alter?

Patient ist seit 4 Jahren verheiratet und Vater von 4 Kindern, von denen eines nach drei Wochen starb. Er selbst will stets gesund gewesen sein. Vor drei Jahren geriet Patient zwischen die Puffer eines Eisenbahnwagens und zog sich einen Rippenbruch zu. Zwei Jahre darnach bemerkte er an der Stelle der eingewirkten Gewalt eine erbsengroße Verdickung, die ihn veranlaßte, die Hilfe eines Arztes in Anspruch zu nehmen, der ihm sagte, es handle sich um eine Knorpelverdickung der Rippe. Im Juli 1899 begann die Geschwulst rasch zu wachsen. Patient begab sich deshalb auf Anraten seines Arztes am 21. IX. in die chirurgische Klinik zu Kiel.

Patient war von ziemlich gutem Aussehen. In der rechten Axillarlinie war in der Höhe der 4., 5. und 6. Rippe ein etwa faustgroßer Tumor zu fühlen. Die darüber liegende Haut sah chronisch entzündet aus. Die Konsistenz des Tumors war fest, mit der Unterlage war er nicht verwachsen.

Am 22. IX. wurde unter Chloroformnarkose zur Operation geschritten. Die Geschwulst, welche ihren Sitz im Pectoralis maior hatte, wurde exstirpiert und ließ sich auf dem Durchschnitt sofort als Syphilom erkennen. Die Wunde wurde durch Naht geschlossen.

Da die mikroskopische Untersuchung die Diagnose bestätigte, wurde am 26. IX. eine Schmierkur eingeleitet und Patient am 9. X. nach dreimaliger Kur nach Hause

entlassen, mit der Weisung dieselbe fortzusetzen. Die Wunde war primam geheilt.

Hat auch der Verdacht auf Muskelgumma schon vor der Operation bestanden, so wurde doch mit Rücksicht auf das plötzliche Wachstum der Geschwulst und mit Rücksicht auf die exponierte Lage derselben, bei der eine Exstirpation das einfachste Heilmittel war, zum Messer gegriffen.

II.

B., Arbeitersfrau, 36 Jahre alt.

Patientin gibt an, sie habe im Frühjahre 1902 eine kleine Anschwellung von Stecknadelkopfgröße auf der Mitte des Brustbeins bemerkt, die unter der Haut lag. Dieselbe wurde immer größer und zog sich nach den beiden nächstgelegenen Rippenansätzen hin. Dabei hatte sie ziehende Schmerzen in der Brust, die Nachts beim Liegen und bei Bewegungen sich verstärkten. 14 Tage vor dem Eintritt in die chirurgische Klinik ging sie zum Arzt, der ihr Tropfen verschrieb und sie hierher wies.

Die Frau war von Mittelgröße und in gutem Ernährungszustande. Die Gesichtsfarbe war blaß, ebenso die Schleimhäute. Der Appetit war gut, der Stuhlgang angeblich angehalten. Husten und Auswurf bestand nicht.

Die Untersuchung der Lunge ergab außer einer Schallverkürzung mit tympanitischem Beiklang rechts oben und vorn keinen abnormen Befund. Das Herz war ganz wenig nach rechts verbreitert. Die Herztöne waren rein, die Aktion war regelmäßig.

Der Thorax zeigte dadurch eine Deformität, daß die 2. und 3. Rippe beiderseits und die dazu gehörige Sternalpartie vorgewölbt waren. Das Sternum machte an beiden Stellen einen leichten Knick nach vorn. Druckempfindlichkeit war nicht vorhanden, nur Klopfen unter dem unteren Knick verursachte Schmerzen.

Das Abdomen war weich und nicht aufgetrieben. Oberhalb der Symphyse war eine paramediane Operationsnarbe zu sehen, welche sich mäßig beim Husten vorwölbte. Das Epigastrium war rechts oben leicht druckempfindlich.

Am 14. X. wurde zur Operation in Chloroformnarkose geschritten. Nach querer Incision über den Knorpel der 4. Rippe und das Sternum gelangte man auf einen in den Fasern des Pectoralis maior gelegenen Tumor. Derselbe war auf dem Durchschnitt graurötlich, zum Teil speckig gelb, nicht scharf begrenzt und setzte sich am Muskel unregelmäßig fort. In den Ansätzen des m. pectoralis saß er dem Sternum direkt auf, jedoch war dasselbe nicht erkrankt.

Die Geschwulst wurde im Gesunden exstirpiert. Blutstillung, Drainage, Naht.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Syphilom. Am 21. X. wurde deshalb mit einer Schmierkur begonnen und Patientin am 19. XI. nach Beendigung der 4. Schmiertour nach Hause entlassen, wo sie die Kur fortsetzen sollte. Die Wunde war verheilt, die Schwellung auf dem Sternum verschwunden, ebenso die Schmerzen in der Lebergegend.

III.

H. M., Arbeiter, 48 Jahre alt.

Die Angaben verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Privatdozenten Dr. Sick, dem ich hier meinen ergebensten Dank auszusprechen mir erlaube.

Patient kam am 10. II. 1901 in die chirurgische Poliklinik mit einer starken Vorwölbung der Haut auf der Streckseite des rechten Vorderarms in etwa handgroßer Ausdehnung. Die Haut über dem Tumor war bläulich verfärbt, Entzündungserscheinungen waren nicht vorhanden, ebenso bestand keine Druckempfindlichkeit. Gegen den Knochen war der Tumor nicht deutlich abzugrenzen.

Da die Anamnese sowie die Untersuchung keinerlei luetische Anzeichen ergaben, wurde die Diagnose auf einen

Fascientumor (Sarkom) gestellt und unter Chloroformnarkose zur Operation geschritten.

Es zeigte sich, daß der Tumor aus einzelnen bis hühnereigroßen Knoten bestand, die diffus in Fascien und Muskelgewebe übergingen. Die Umgebung war leicht entzündlich ödematös. Die multiplen Knoten wurden mit Haut und Extensorenmuskelsubstanz exstirpiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab Syphilom. Patient bekam daraufhin sofort Jodkali. Der Wundverlauf war gut.

Durch die Entfernung fast sämtlicher Streckmuskulatur ist eine partielle Versteifung des Ellenbogen- und Handgelenks und damit eine erhebliche Schädigung der Erwerbsfähigkeit zustande gekommen. Ob durch eine antisyphilitische Behandlung das Syphilom hätte zum Schwund gebracht werden können, muß dahingestellt bleiben, dürfte aber bei der Größe desselben mehr als fraglich erscheinen. Höchstwahrscheinlich wäre doch eine verminderte Leistungsfähigkeit des Unterarms geblieben, wenn nicht eine Atrophie der Muskulatur. Der Versuch einer spezifischen Kur wurde unterlassen, weil nach Angabe des Patienten der Tumor sich sehr rasch entwickelte.

Die syphilitischen Erkrankungen der Muskulatur treten in Form einer diffusen oder gummösen Myositis auf. Im Allgemeinen ist die diffuse Form eine Erscheinung der Frühlues, während die gummöse den Spätstadien der Syphilis angehört. Nicht selten kommen jedoch beide Formen gleichzeitig vor, indem die diffuse auch in den späteren Perioden der Syphilis, wie umgekehrt auch die gummöse in dem recenten Stadium auftreten kann. (Neumann.)

Die gummöse Myositis kann alle Muskeln befallen, es ist sogar schon ein Gumma des Zwerchfells beschrieben worden. Unverkennbar ist aber, daß gewisse Muskel besonders bevorzugt werden und zwar sind dies hauptsächlich die hochliegenden. Die Prädilektion der Syphilis für be-

stimmte Muskelgruppen ist für die diffuse wie gummöse Myositis gleich. Besonders häufig wird der Sternocleidomastoideus, der Biceps, die Flexoren des Vorderarms und der Masseter befallen.

Die Größe der Muskelsyphilome ist sehr verschieden, ebenso die Zahl. In manchen Fällen treten sie symmetrisch auf, so berichtet Eger über einen Fall von 2 symmetrischen in Kehlkopfhöhe gelegenen Syphilomen der M. sternocleidomastoidei. Er zitiert ferner noch einen Fall von Guyot, in dem symmetrische Syphilome in beiden Masseteren vorhanden waren. In einem Falle von Guttmann bestanden außer Lymphdrüsensyphilomen symmetrische Syphilome der Portio clavicularis beider Sternocleidomastoidei.

Die Syphilome der Muskulatur greifen gern auf ihre Umgebung über und so können Periost, Knochen und Knorpel in Mitleidenschaft gezogen werden. In nicht seltenen Fällen wird das subkutane Gewebe ergriffen, nachdem das Syphilom die Fascie durchbrochen hat. Die vorgewölbte Haut läßt sich dann auf dem Tumor nicht mehr verschieben, sie erscheint blaurot verfärbt und entzündet. Durch Einwirkung äußerer Schädlichkeiten und Eindringen von Mikroorganismen kann es zu Exulceration kommen.

Kleinere Syphilome können auf eine antisyphilitische Behandlung vollkommen zur Resorption gelangen, die zu Grunde gegangene Muskelsubstanz wird dann durch Bindegewebe ersetzt. Größere Syphilome sind einer spezifischen Behandlung gegenüber sehr hartnäckig und es kann trotz dieser zur Erweichung und Ulceration kommen. Gelangen sie aber zur Resorption, so haben sie je nach ihrer Größe und dem Defekt in der Muskulatur, den sie gesetzt, eine mehr oder minder hochgradige Verkürzung und verminderte Funktionsfähigkeit der betroffenen Muskeln im Gefolge.

Was die Beschwerden anlangt, so klagen die Patienten im allgemeinen nur über unbedeutenden dumpfen Schmerz

an dem Ort der Geschwulst. Außerdem wird über leicht eintretende Ermüdung der betroffenen Muskulatur geklagt. Größere Tumoren können auch eine gewisse Funktionsstörung bedingen. Wird nach Lage des Syphiloms ein Druck und bei Bewegungen ein Reiz auf benachbarte Nerven ausgeübt, so können sehr heftige Schmerzen ausgelöst werden. Druckempfindlichkeit ist gewöhnlich nicht vorhanden.

Bei anderweitigen syphilitischen Erscheinungen, sowie bei Anwesenheit mehrerer Tumoren, ist die Diagnose verhältnismäßig leicht zu stellen, insbesondere, wenn Patient einem Alter angehört, in dem maligne Tumoren relativ selten sind. Ist nur ein Tumor vorhanden und ergeben Anamnese und Untersuchung keinerlei Hinweis auf einen syphilitischen Prozeß, so ist die richtige Diagnose sehr schwer zu stellen, wenn nicht gar unmöglich, besonders wenn der Tumor sehr rasch an Größe zunimmt, wie in dem oben angeführten III. Falle.

Nach Kaposi ist das Muskelsyphilom am sichersten diagnostizierbar im Stadium der beginnenden Rückbildung und Aufsaugung. Er sagt:

„In diesem Falle sinkt der älteste, also zentrale und mit der Cutis verlötete Anteil ein, während der periphere Teil derb und kugelig erscheint. Das Gumma bekommt derart in diesem Stadium Bisquitform. Indem in dieser Gestaltung die für ein syphilitisches Infiltrat charakteristischen Erscheinungen der Entwicklung im peripheren, der Rückbildung im zentralen, ältesten Anteile, somit die Symptome des spezifischen Verlaufs am prägnantesten sind, ist auch in diesem Stadium das Muskelgumma am sichersten diagnosticierbar. In den anderen Stadien ist dessen Unterscheidung von Geschwülsten sehr schwer."

Da die gummöse Myositis relativ häufig ist, so muß der Arzt bei Vorhandensein einer Muskelgeschwulst stets an die Möglichkeit einer syphilitischen Ursache denken. Es ist eine große Reihe von Fällen veröffentlicht worden,

in denen ein Syphilom der Muskulatur für eine bösartige Geschwulst angesehen und darnach, d. h. operativ, behandelt wurde. Zahlreiche Autoren und in Deutschland insbesondere v. Esmarch und v. Langenbeck haben auf diese große Gefahr hingewiesen, die sich für den Arzt bei der Diagnose von Muskelgeschwülsten ergibt. Ja v. Esmarch ist gestützt auf gute Erfolge in zahlreichen Fällen durch den Gebrauch antiluetischer Mittel so weit gegangen, anzunehmen, daß es sich in den meisten, vielleicht in allen Fällen von Muskelsarkom um Syphilome handle.

Infolgedessen soll man stets nach dem Rate Nélatons verfahren: „Jede Muskelgeschwulst behandle man mit antisyphilitischen Mitteln," besser aber ist es, man mache eine Probeexcision mit nachlolgender mikroskopischer Untersuchung, um Irrtümer zu verhüten.

Syphilome, die nach dem Orte ihres Sitzes zu schweren funktionellen Störungen und Beschwerden führen, wie z. B. große Syphilome des Sternocleidomastoideus durch Druck auf Trachea, Ösophagus und Recurrens, mögen dem Messer des Chirurgen verfallen, mit Rücksicht darauf, daß Syphilome der Muskeln überhaupt und die größeren im Besonderen einer antisyphilitischen Behandlung auf lange Dauer hartnäckigen Widerstand entgegenzusetzen imstande sind. Wie bereits oben erwähnt wurde, kann es trotz einer spezifischen Kur zur Eiterung und Ulceration kommen, die tiefe trichterförmig eingezogene und sehr entstellende mit der Unterlage fest verwachsene Narben hinterlassen. Dies läßt sich durch einen operativen Eingriff wesentlich besser gestalten.

Herr Geheimrat Helferich hatte noch die besondere Liebenswürdigkeit mir einen Fall einer Fistel der Anus-

gegend auf syphilitischer Basis beruhend aus seiner Privatpraxis zur Verfügung zu stellen.

Es handelte sich um einen 44jährigen Herrn G., der im Juni 1898 an einer Mastdarmfistel operiert worden war. Über Verlauf und Heilung war nichts Näheres zu erfahren, doch gewann man nicht den Eindruck, daß etwas Ungewöhnliches dabei vorlag.

Am 2. III. 01 stellte er sich vor, mit einer Fisteleiterung und mit einer ausgedehnten phlegmonösen Infiltration der rechtsseitigen Weichteile bis in die Hinterbacken reichend.

Die Operation, welche in Chloroformnarkose vorgenommen wurde, führte unter präparatorischem Vorgehen zu einer sehr ausgiebigen Eröffnung von Eiterhöhlen und Eitergängen, welche an der rechten Seite des Afters, sowohl nach außen in die rechte Hinterbacke hinein, als auch am Rektum ins Becken hinaufreichten. Unter Benutzung von spatelförmigen Hacken wurde die Operation mit großer Sorgfalt so vollendet, daß irgend welche geschlossene Fistelgänge nicht mehr vorhanden waren. Die gesamte Wundhöhle wurde tamponiert.

Der Verlauf war günstig, fieberlos und ohne eigentliche Beschwerden. Doch zeigte sich sehr bald, daß die Tendenz zur Bildung reiner Granulationen nicht sehr lebhaft war und daß der Heilungsvorgang nur äußerst langsam von statten ging. Schließlich fand sich nur an dem Analrand, zwischen der in die Höhe gezogenen aber angelegten Rektumschleimhaut und dem äußeren Hautrand ein granulierender Defekt.

Ganz unerwartet stellte sich eine Komplikation ein, indem in der rechten Hinterbacke unter der schon verheilten Narbe ein Abszeß entstand, welcher geöffnet wurde. Diese Komplikation legte den Verdacht auf eine luetische Erkrankung nahe und es wurde daher eine Schmierkur eingeleitet, sowie Jodkali etwa 2 g p. d. innerlich gegeben.

In der Folge besserte sich der Zustand, doch blieb in der Analgegend ein von etwas gewulsteter Haut und Schleimhaut umgebener granulierender Defekt übrig. Patient wurde entlassen und stellte sich von Zeit zu Zeit zur Untersuchung vor.

Am 3. Februar 02 konnte wieder eine Entzündung in dem Gebiete der Narben festgestellt werden. Es wurde deshalb sofort abermals innerlich Jodkali gegeben, doch erfolgte eine Besserung nicht. Bei einer erneuten gründlichen Untersuchung am 24. März konnte konstatiert werden, daß ein Eitergang aus der rechten Hinterbacke in das Gebiet der granulierenden Wunde mündete und daß aus demselben Eiter in wechselnder Menge entleert wurde. Äußere Gründe hinderten den Patienten sich einer vorgeschlagenen Operation sofort zu unterziehen, dieselbe konnte erst am 17. April 02 vorgenommen werden.

Ausgedehnte Incision an der rechten Hinterbacke und am Anus. Alle Eitergänge und verschiedene Eiterhöhlen wurden eröffnet. Am Oberschenkel fanden sich weit nach abwärts reichende Unterminierungen, sodaß die Operationswunde schließlich eine sehr große war. Die Operationswunde wurde tamponiert und heilte ohne Störung, doch blieben im Bereiche derselben kleine unreine etwas geschwürige Stellen zurück. Nunmehr wurde Jodkali in großen Dosen gegeben und zwar längere Zeit hindurch 10 g Jodkali p. d. Lokal wurde der Wundverband bald mit einer 10 % Perubalsamsalbe, bald mit 2 % essigsaurer Tonerdelösung eine Zeit lang auch mit roter Präzipitatsalbe vorgenommen. Die Heilung ging rasch und in solider Weise vor sich.

Man konnte sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die vorher bestehenden, die Wundheilung hindernden Vorgänge nunmehr weggefallen waren. Am 12. IX. 02. war die Heilung eine vollkommene. Zur Vorsicht wurde jedoch Patient angewiesen, noch eine Zeit lang größere Dosen von

Jodkali zu nehmen und zwar in Lösung

Rp. Kal. jodat
Natr. jodat. aa. 20,0 g
Aq. destill. 180,0 g

für drei Tage reichend.

Seitdem ist die Heilung ungestört geblieben, weder subjektive Beschwerden, noch objektiv nachweisbare Veränderungen haben sich eingestellt.

Nachträglich ist zu wiederholten Malen die Anamnese sehr gründlich und eingehend wegen einer stattgehabten luetischen Infektion erhoben worden. Ein Anhalt für die Diagnose Syphilis aus früherer Zeit konnte aus derselben jedoch nicht gewonnen werden. Lediglich aus der Operationsgeschichte hat sich der Verdacht besonderer luetischer Erkrankung ergeben und zwar wegen der Verzögerung des Heilungsprozesses, wegen des Auftretens unreiner gar geschwüriger Stellen im Bereiche der sonst rein granulierenden Wunde und ex juvantibus. Freilich hat sich die schon früher eingeleitete Schmierkur combiniert mit den üblichen Dosen von Jodkali unwirksam erwiesen. Erst die Darreichung von 10 g und darüber ergab einen positiven Erfolg. Dieser Fall lehrt deutlich, daß man in allen jenen Fällen, in denen sich der Heilungsprozeß verzögert, ohne daß man bestimmte Ursachen hierfür ausfindig machen kann, stets den Verdacht haben muß, daß Lues mit im Spiele sein könne. Glücklich der Patient, dessen Arzt schon zu einer Zeit diese Möglichkeit ins Auge faßt, in der weitere erhebliche Schädigungen der Gesundheit noch nicht eingetreten sind.

Ich lasse hier noch einen Fall von gummöser Kniegelenksentzündung folgen, der meinem Vater von der land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft zur Begutachtung überwiesen worden war und der jahrelang als auf tuber-

kulöser Grundlage beruhend angesehen und behandelt wurde. (Münchner medizinische Wochenschrift 1900, Nr. 29.)

Es handelte sich um eine weibliche Person, welche ihre Erkrankung auf einen Unfall zurückführte, der auch anerkannt wurde. Sie hatte sich am 28. IX. 92 beim Aufstehen mit einer Traglast Gras unter einem „vernehmbaren eigentümlich knarrenden Geräusche eine Verletzung der inneren Bänder des linken Kniegelenks“ zugezogen.

Das Gelenk schwoll infolgedessen an und wurde schmerzhaft. Sie versah darauf noch einige Tage ihren Dienst, mußte dann aber wegen hochgradiger Schmerzen denselben verlassen und in einem Krankenhause Hilfe suchen, aus dem sie gebessert entlassen wurde. Da eine völlige Heilung nicht eintrat, wurde Patientin durch die Berufsgenossenschaft im Laufe der nächsten Jahre noch 2 anderen Krankenhäusern, dazwischen mehreren Privatärzten zur Behandlung zugewiesen.

Da die Mutter an Lungenphthise zugrunde gegangen war, wurde bei Patientin eine auf traumatischer Ursache beruhende chronisch-tuberkulöse Kniegelenksentzündung angenommen. Die Therapie bestand nacheinander in absoluter Bettruhe, Umschlägen, Einreibungen, Jodoforminjektionen ins Gelenk und Anlegung eines Gypsverbandes, auch wurden 6 Incisionen mit nachfolgenden Auskratzungen vorgenommen. Der Zustand wechselte so sehr, daß Patientin, welche die längste Zeit zu 100% erwerbsbeschränkt angesehen wurde, zeitweise für 70, 60, einmal sogar für kurze Zeit nur für 20% erwerbsbeschränkt begutachtet wurde. Patientin ging im Jahre 1897 eine eheliche Verbindung ein, die Ehe blieb bis jetzt kinderlos.

Am 11. Dezember 1898 stellte sie sich zum erstenmale meinem Vater vor. Das sich heiß anfühlende Kniegelenk war um 3,8 cm verdickt. An seiner Innenseite bestand Fluktuation, auf Druck Schmerz. Unter dem Kniegelenk befanden sich mehrere weiß glänzende strahlige Narben, an

denen kolbige Verdickungen und brückenartige Verwachsungen vorhanden waren, die den Verdacht auf Syphilis erweckten. Deshalb wurde der Vorschlag gemacht, eine antisyphilitische Kur zu gebrauchen. Erwerbsbeschränkung 60—70%.

Patientin begab sich darauf in ein Krankenhaus, das sie aber wieder verließ, nachdem an der erwähnten Stelle Eiter durch Punktion entleert worden war und sie einem ihr vorgeschlagenen operativen Eingriff sich nicht unterziehen wollte.

Am 7. Nov. 1899 wurde Patientin meinem Vater abermals zur Begutachtung überwiesen. Über der unteren Epiphyse des Femur ließ sich an seiner Innenseite eine 8 cm lange und 7 cm breite fluktuierende, auf Druck nicht schmerzhafte Geschwulst nachweisen; 10 cm oberhalb des oberen Randes der Patella begann eine weitere derbe Geschwulst von 10 cm Länge, welche sich 16 cm breit quer über den Oberschenkel erstreckte. Dieselbe war ebenfalls fast nicht schmerzhaft und nur an einer Stelle etwa innerhalb der Mitte undeutlich fluktuierend. Eine Erhöhung der Körpertemperatur war nicht vorhanden. Mit Rücksicht auf die lange Dauer des Leidens, sowie auf die oben erwähnten strahligen tief eingezogenen Narben wurde an der Diagnose Syphilis festgehalten. Das Gelenk war gut und frei beweglich, während bei Tuberkulose es steif ausgeheilt wäre oder zu einem Verbrauch der Kräfte geführt hätte, wenn nicht noch die Amputation notwendig geworden wäre. Es wurde deshalb keine Operation für indiciert gehalten, sondern abermals eine antisyphilitische Kur vorgeschlagen.

Auf Darreichung von Jodkali schwanden nun auch die Anschwellungen nach etwa 8 Wochen vollständig und wurde dadurch die Diagnose bestätigt. Das Gelenk ist seit der Zeit normal beweglich, trotz der Defekte, die von zerfallenen Syphilomen am oberen Gelenkende der Tibia zurückgeblieben sind. Mit Rücksicht auf eine leicht eintretende Ermüdbarkeit und geringe Anschwellung des Gelenkes nach längeren Anstrengungen, hat Patientin, welche sich halbjährlich zur

Untersuchung vorstellt, eine Rente von 20% zugesprochen erhalten. Eine Besserung dieser Beschwerden erscheint ausgeschlossen.

Dieser Fall ist nicht nur insofern interessant, weil eine syphilitische Gelenkerkrankung für eine Erkrankung tuberkulöser Natur angesehen wurde, sondern hauptsächlich auch deshalb, weil jene sich angeblich unmittelbar an ein Trauma anschloß.

Es entstehen nun von selbst die Fragen:

1) hat, als das Trauma einwirkte, bereits eine syphilitische Entzündung des Kniegelenks bestanden, ohne daß Patientin durch Beschwerden darauf aufmerksam gemacht wurde;
2) wäre unabhängig von dem Trauma eine Entzündung syphilistischer Natur in dem betreffenden Gelenke zustande gekommen, oder
3) war das Trauma die direkte Ursache zur Auslösung der latenten Syphilis?

Diese Fragen können jetzt nicht mehr entschieden werden und hätten voraussichtlich auch bei einer richtigen, kurze Zeit nach dem Unfalle gestellten Diagnose nicht entschieden werden können, infolgedessen haben sie auch keinen praktischen Wert.

Es kann nur die Frage erörtert werden: „Kann überhaupt ein Trauma das auslösende Moment bei einer latenten Syphilis werden“?

So gut angenommen werden muß, daß ein Trauma gelegentlich zur Entstehung einer tuberkulösen Gelenkerkrankung beitragen kann, auf Grund welcher Diagnose auch in diesem Falle den Rentenansprüchen der Patientin stattgegeben wurde, muß auch möglicherweise ein Trauma bei latenter Syphilis als auslösendes Moment für die Entstehung einer syphilitischen Gelenkerkrankung angesehen werden (Becker, Stolper).

Wenn sich nun im Anschluß an ein Trauma eine Erkrankung syphilitischer Natur anschließt, so muß — in dubio pro reo —, so bald es sich um einen Betriebsunfall handelt, der Patient auch entschädigt werden. Maréchaux, der zuerst die Einwirkung der Syphilis bei Unfallverletzungen näher in Betracht gezogen hat, ist der Ansicht, daß die durch das Trauma gesetzten Läsionen die Charaktere des syphilitischen Affektes annehmen können und daß die durch die Syphilis ungünstig beeinflußten Unfallverletzungen, welche eine Erwerbsbeschränkung nach sich ziehen, entschädigt werden müssen.

Ob nun syphilitische Erkrankungen, welche an einer Stelle entstehen, an der früher, vielleicht vor Jahren, ein Trauma eingewirkt hat, wie in dem 1. der oben angegebenen Fälle von Muskelsyphilom, als eine Folge der Unfallverletzung angesehen und dementsprechend entschädigt werden müssen, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Immerhin besteht die Möglichkeit eines Zusammenhangs. Dieser Zusammenhang besteht auch jedenfalls in einem Falle aus der Kieler chirurgischen Klinik, bei dem sich im Anschluß an ein Trauma eine gummöse Infiltration der Haut der rechten Kniekehle entwickelte.

J. W. Arbeiter, 48 Jahre alt.

Am 24. November 1899 bekam Patient einen Schlag von einer Eisenschiene gegen das rechte Knie. Die Schiene wurde bei der Arbeit auf der Kaiserlichen Werft von oben heruntergelangt, dabei glitt das eine Ende derselben ab und auf das Knie des Patienten, welches infolgedessen stark anschwoll und heftige Schmerzen verursachte. 14 Tage darauf traten an der Innenseite kleine rötliche Flecken auf, sowie Schmerzen an dieser Stelle.

Die Untersuchung ergab zahlreiche Leukodermaflecken, besonders reich an den Schienbeinkanten. Sonst waren keine Zeichen von Lues vorhanden. Ein Erguß ins Gelenk

war nicht nachzuweisen. An der Innenseite desselben und vorn waren mehrere kleine mit gelblichen Borken bedeckte runde oberflächliche Geschwüre, die Umgebung war in geringer Ausdehnung entzündlich gerötet. In der Kniekehle zeigte die Haut an einzelnen Stellen mehr nach der Innenseite zu rotbräunliche Verfärbung und war in Handtellergröße geschwollen und hart infiltriert. Druckempfindlichkeit bestand nicht. In der Infiltration ließen sich leicht einzelne Knoten abgrenzen, welche durch weniger infiltriertes Gewebe zusammenhingen. An einzelnen Stellen war deutliche Fluktuation in den Knoten fühlbar.

Die ganze infiltrierte Hautpartie wurde excidiert. Unter Darreichung von Jodkali innerlich ging die Heilung glatt von statten.

In diesem Falle darf die Entwicklung des gummösen Prozesses, jedenfalls als die direkte Folge des Traumas angesehen werden.

Wir haben gesehen, daß die Syphilis dadurch, daß sie in den mannigfaltigsten Formen auftreten kann, die Diagnose irrezuführen imstande ist, insbesondere aber in den Fällen, in denen sie in Geschwulstform auftritt.

Sind mehrere Syphilome vorhanden, so wird die Diagnose nicht leicht eine falsche werden können. Bei Vorhandensein nur eines Syphiloms dagegen ist, wenn Patient einem Alter angehört, in dem maligne Neoplasmen nicht zu den Seltenheiten gehören und wenn keinerlei Anzeichen für eine früher stattgehabte Infektion vorhanden sind, die Diagnose schwer zu stellen, da diesen Formen der Spätsyphilis charakteristische ihnen zukommende Merkmale fehlen. Von ihnen sagt Langenbeck:

„Es wäre von der größten Wichtigkeit, Mittel zu finden, um die Gummigeschwülste mit Sicherheit erkennen zu können, was um so schwieriger sein wird, als ihnen

charakteristische Merkmale vielfach abgehen und wir müssen leider bekennen, daß weder der äußere Habitus der Geschwulst, noch die sie begleitenden objektiven und subjektiven Erscheinungen vor diagnostischen Fehlern sicherstellen. Dazu kommt, daß der makroskopische und mikroskopische Befund der exstirpierten Geschwulst nicht immer so charakteristische Merkmale bietet, um Irrtümer mit Sicherheit auszuschließen".

Und Virchow, der sich schon im Jahre 1858 in seiner Abhandlung „über die Natur der konstitutionell-syphilitischen Affektionen" eingehend mit den Syphilomen beschäftigte, sagt in seinen „Vorlesungen über die krankhaften Geschwülste":

„Spezifische Elemente und ein so beständiger Bau, daß man in jedem Falle im stande wäre, daraus mit vollkommener Sicherheit die Diagnose zu bestimmen, sind auch in den Gummata nicht vorhanden. Jedenfalls ist der Bau und die Gesamteinrichtung des Knotens in höherem Maße eigentümlich als die einzelnen Elemente, in denen die Hinfälligkeit, die Neigung zu frühem Zerfall wiederum mehr bezeichnet, als die Form und Ausbildung der Zellen selbst."

Daraus ergibt sich für den Arzt die Notwendigkeit in allen zweifelhaften Fällen eine peinlich genaue Anamnese aufzunehmen und nach Zeichen früher stattgehabter Syphilis zu forschen. In einer großen Reihe von Fällen in der Literatur, in denen durch eine falsche Diagnose zur Operation geschritten wurde, wurden nach derselben durch eine genaue Untersuchung syphilitische Zeichen gefunden. Es ist von selbst klar, daß, wenn man nach solchen Merkmalen sucht, manch kleine Narbe, die man vorher als unbedeutend übersehen, auffällt, die von hohem diagnostischen Werte gewesen wäre.

Daß das Vorhandensein von cachektischen Erscheinungen nicht ohne weiteres die Diagnose auf maligne Neubildung zu stellen berechtigt, ist bereits oben erwähnt worden.

Haben sich nun durch die Anamnese und bei der Untersuchung irgend welche Anhaltspunkte für eine früher stattgehabte syphilitische Infektion ergeben, so ist es in hohem Grade wahrscheinlich, daß die vorhandene Geschwulst ein Syphilom ist. Hier hat dann das Quecksilber in Form von Einreibungen in sein Recht zu treten und innerlich Jodkali. Beide Mittel müssen aber, um einen baldigen Erfolg zu erzielen, in hohen Dosen gegeben werden, da bei geringer Dosierung nicht selten der Erfolg ausbleibt. Stellt sich nun keine Besserung ein, so ist die Diagnose Neoplasma fast sicher und eine Probeexzision mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung am Platze. Ergibt dieselbe dennoch gummösen Charakter der Geschwulst, so ist, vorausgesetzt, daß die antisyphilitische Kur eine energische war und die Geschwulst an einer für die Operation leicht zugänglichen Stelle sich befindet, beziehungsweise dem Patienten durch ihre Lage Beschwerden bereitet, die Exstirpation vorzunehmen.

In den Fällen nun, in denen anamnestisch und klinisch sich keinerlei luetische Anhaltspunkte ergeben, wird man sich entscheiden müssen, ob ein etwaiger Erfolg durch eine antiluetische Kur mit Rücksicht auf den Patienten abgewartet werden kann. Glaubt man dadurch zu viel Zeit zu versäumen, so muß eine Probeexzision vorgenommen werden, oder, wenn dies nicht möglich ist, durch die Akidopeirastik die Erreichung des Zweckes zu verfolgen sein.

Esmarch sagt mit Recht: „Wo es sich um größere verstümmelnde und lebensgefährliche Operationen handelt, da sind meiner Meinung nach auch viel größere chirurgische Eingriffe als diagnostische Voroperationen erlaubt oder geboten.“

Was die Frage anlangt, wie lange soll durchschnittlich eine antisyphilitische Kur durchgeführt werden, um entscheiden zu können, ob Syphilis vorliegt oder nicht, so muß man bedenken, daß keineswegs immer Quecksilber und

Jodkali sich in wenigen Tagen als wirksam erweisen, daß bisweilen mehrere Wochen und Monate vergehen, bis sich eine deutliche Besserung einstellt. Langenbeck sagt darüber: „Ich würde raten, diese Behandlung nur in den Fällen anzuwenden, wo die Wahrscheinlichkeit einer Gummigeschwulst vorliegt und sie zu unterbrechen, wenn nach 8—14 Tagen eine erhebliche Besserung nicht eingetreten ist. Ich habe nämlich bei Carcinomen, namentlich bei Zungencarcinomen, infolge der Inunktionen, die anfangs sogar Erfolg zu haben schienen, bisweilen ein rascheres Umsichgreifen und rapiden Zerfall der Geschwulst eintreten sehen.“ Die Zeit von zwei Wochen für die Dauer einer antiluetischen Kur, vermag wohl in einer Zahl der Fälle für das Erkennen der Geschwulst als ausreichend angesehen werden, doch wird der Arzt in den Fällen, in denen eine Besserung in dieser kurzen Zeit nicht eingetreten ist, zu entscheiden haben, ob er sich weiterhin abwartend verhalten kann oder nicht.

Da die alleinige Anwendung der Quecksilber- oder Jodbehandlung in vielen Fällen sich als unwirksam erweist, so sind bei einer aus diagnostischen Zwecken eingeleiteten antiluetischen Kur stets beide Mittel, Quecksilber und Jod, in Anwendung zu bringen, in manchen Fällen wird auch Zittmannsches Dekokt und Arsenik am Platze sein.

Daß Carcinom und Syphilis so häufig zusammentreffen, ist eine allbekannte Tatsache, auf die schon öfters hingewiesen wurde, so von Doutrelepont, v. Esmarch, Kaposi, Langenbeck, und anderen. Die Syphilis ist eine Erkrankung, bei der Geschwüre sehr häufig sind. Da ein Lieblingsausgangspunkt für ein Carcinom bekanntermaßen alte Narben sind, so ist ohne weiteres klar, daß auf Narben syphilitischer Geschwüre sich eben auch ein Carcinom entwickeln kann, ohne daß dasselbe direkt durch die spezifische Erkrankung veranlaßt wurde. Nach Kaposi ist die Entwicklung von Carcinom „von geradezu er-

schreckender Häufigkeit“ aus den Epithelialschwarten der Leukoplacia buccalis an der Zunge und an der Wangenschleimhaut zu beobachten. Er sagt hiervon:

„Es ist nicht etwa eine eigentliche Syphilisproduktion, die sich hier in Carcinom umwandelt, und ist auch die syphilitische Diathese an und für sich kein disponierendes Moment für Carcinom, da ja jene um die Periode der Entwicklung dieser excessiven Keratosisformen in der Regel als erloschen gelten kann. Es ist vielmehr hier, wie an anderen Orten und unter anderen pathologischen Verhältnissen (Warzen, granulierende Wunden) lediglich das proliferierende Epithel, welches den Ausgangspunkt für atypische Epithelzapfenbildung und damit für Carcinom abgibt.“

Immerhin ist bemerkenswert, daß eine Reihe von Fällen veröffentlicht ist, in welchen durch allmählige Umwandlung des klinischen und histologischen Charakters eines noch bestehenden, unversehrten oder exulcerierten Syphiloms, Krebs hervorging.

* * *

Zum Schlusse erlaube ich mir Herrn Geheimrat, Professor Dr. Helferich für die liebenswürdige Überlassung dieser Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Becker. Lehrbuch der ärztl. Sachverständigen-Tätigkeit. Berlin 1900.
2. v. Bergmann. Zur Casuistik der Leber-Chirurgie. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1893. 22. Congr.
3. Cumston. Lebersyphilis vom chirurgischen Standpunkte. Arch. f. klin. Chir. Bd. 60. 2. Hft. 1903.
4. Dittrich. Beitrag zur Lehre von der chirurgischen Syphilis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 67. 1902.
5. Döhrn. Über den Genius endemicus in Norderdithmarschen. Ref. v. Schmidt. Schmidt's Jahrbücher. Suppl.-Bd. 1. 1836.
6. Doutrelepont. Syphilis und Carcinom. Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1887.
7. Eger. Beitrag zur Kenntnis der circumscripten Muskelgummata, im Anschluß an eine Beobachtung solcher in der Halsmuskulatur. Deutsche mediz. Wochenschr. No. 35. 1896.
8. v. Esmarch. Aphorismen über Krebs. Arch. f. klin. Chir. Bd. 22. 1878.
9. Derselbe. Über die Ätiologie und die Diagnose der bösartigen Geschwülste. Arch. f. klin. Chir. Bd. 39. Hft. 4. 1889.
10. Derselbe. Zur Diagnose der Syphilome. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1895. 24. Congr.
11. Heller. Über gummöse Syphilis der Mamma. Münchn. med. Wochenschr. No. 17. 1903.
12. Hübener. Erkenntnis und Kur der sog. Dithmarsischen Krankheit. Ref. v. Hacker. Schmidt's Jahrbücher, Bd. 11. 1836.
13. Kaposi. Pathologie und Therapie der Syphilis. Deutsche Chirurgie. Lief. 11. 1881.
14. Kaufmann. Handbuch der Unfallverletzungen. Stuttgart 1897.
15. Kehr. Syphilom der Leber. Handbuch der praktischen Chirurgie. 2. Auflage.
16. König. Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 6. Auflage. 1893.
17. v. Langenbeck. Über Gummigeschwülste. Arch. f. klin. Chir. Bd. 26. 1881.
18. Langenbuch. Chirurgie der Leber und Gallenblase. Deutsche Chir. Lief. 45. c, 2. Hälfte.

19. Lennhoff. Über Echinokokken und syphilitische Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1898.
20. Meyer. 2 Fälle von Gummabildung in der Leber. Inaug.-Diss. Kiel 1902.
21. Michaelsen. Identität der sog. Dithmarsischen Krankheit mit der veralteten allgemeinen Syphilis. Ref. v. Hacker. Schmidt's Jahrbücher. Suppl.-Bd. 4. 1845.
22. Mracek. Atlas der Syphilis. München 1898.
23. Neubelt. Beitrag zur Kenntnis der Muskelgummata und ihrer Beziehung zu Traumen. Inaug.-Diss. Kiel 1900.
24. Neumann. Syphilis. Spec. Pathol. und Therapie. Bd. 23. 1896. v. Nothnagel.
25. Rosenberger, J. A. Zur Differentialdiagnose der Gelenkerkrankungen. Münchn. med. Wochenschr. No. 29. 1900.
26. Schmidt. Über Leberresektion. Deutsche mediz. Wochenschr. 1893, No. 8.
27. Schmaus. Grundriß der pathologischen Anatomie. Wiesbaden 1899.
28. Stolper. Über die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 65. 1902.
29. Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen. Deutsche Chirurgie. Lief. 67. 1898.
30. Trinkler. Über Syphilis visceralis. Mitteil. aus d. Grzgeb. der Mediz. und Chir. Bd. 10, Hft. 5. 1902.
31. Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 2. Bd. Berlin 1865.

Vita.

Ich, Wilhelm Rosenberger, katholischer Konfession, bin am 4. Juni 1878 zu Rieneck in Bayern geboren. Ich besuchte das Gymnasium zu Würzburg, wo ich im Sommer 1897 das Reifezeugnis erhielt. Darauf widmete ich mich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Würzburg, Kiel und München, bestand im November 1899 das Tentamen physicum in Würzburg und beendete daselbst auch das medizinische Staatsexamen am 15. Juli 1902. Vom 1. Oktober 1902 diente ich mein erstes Halbjahr mit der Waffe beim K. B. 2. Feld-Artillerie-Regiment „Horn“ in Würzburg und vom 1. April 1903 mein zweites Halbjahr als Einjährig-freiwilliger Marinearzt in Kiel.

Kiel, den 3. Oktober 1903.

Wilhelm Rosenberger.